



6. Situación actual para el abordaje del Dolor Crónico No Oncológico en Canarias

Para el abordaje del Dolor Crónico No Oncológico, Canarias parte de una relación de iniciativas y buenas prácticas que ya se han puesto en marcha, y que es aconsejable potenciar o consolidar. Además, el análisis de la situación junto con el análisis DAFO realizado de forma conjunta con los profesionales ha permitido tener la visión completa de la situación actual del DCNO, a partir de la cual se ha desarrollado el marco estratégico y las actuaciones de mejora.

6.1. Identificación de experiencias y buenas prácticas

El Gobierno de Canarias y el SCS, junto con los propios profesionales y centros pertenecientes a la red asistencial pública, han promovido y desarrollado diferentes iniciativas encaminadas a mejorar el abordaje de los pacientes con dolor.

Ilustración 46: Clasificación de las iniciativas desarrolladas en el ámbito del DCNO en Canarias



Fuente: Elaboración propia.

1) Recomendaciones para la mejora de la práctica clínica

- **Documento de manejo del paciente con fibromialgia**

La Dirección General de Programas Asistenciales publicó en el año 2010 este documento dirigido a los profesionales asistenciales con el objetivo de mejorar su conocimiento acerca del tratamiento y la atención a los pacientes con fibromialgia. El documento aborda el diagnóstico, la clasificación y la valoración del estado de gravedad, así como las actuaciones por niveles asistenciales, los criterios de derivación, las interconsultas y el seguimiento de los pacientes. Asimismo, establece 7 ámbitos de intervención terapéutica adicionales al tratamiento farmacológico.

- **Recomendaciones clínico-asistenciales para el abordaje integral de la artrosis de cadera y rodilla**

El desarrollo de las recomendaciones es una iniciativa de las sociedades científicas de Canarias de las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COTCAN), de Medicina de Familia y Comunitaria (SOCAMFYC), de Rehabilitación y Medicina Física (SOCARMEF), de Reumatología (SOCARE) y del Dolor (SED Canarias), que ha sido apoyada y coordinada por la Dirección General de Programas Asistenciales, publicándose el documento en el año 2012.

A través de las recomendaciones se pretende articular y coordinar el trabajo en equipo de los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria para conseguir los mejores resultados y reducir la variabilidad en la práctica clínica y quirúrgica existente en el abordaje de la artrosis de cadera y de rodilla.



Para ello, se consideran criterios diagnósticos, recomendaciones de tratamiento terapéutico, indicaciones de pruebas complementarias, indicaciones quirúrgicas, criterios de derivación entre especialidades y manejo de la incapacidad laboral, entre otros aspectos.

- **Recomendaciones clínico-asistenciales para el abordaje integral de la lumbalgia**

En el año 2014 se elaboran la recomendaciones clínico-asistenciales para el abordaje integral de la lumbalgia promovida por las mismas sociedades científicas que las recomendaciones de la artrosis de cadera y rodilla y apoyado y coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales.

Igualmente, las recomendaciones referidas a la lumbalgia pretenden establecer las bases de la atención a esta patología con el objetivo de homogeneizar la práctica clínica y quirúrgica y establecer los criterios de atención a los pacientes que padecen esta patología.

2) Iniciativas de mejora de la atención asistencial

- **Protocolo de derivación de Atención Primaria a la Unidad del Dolor del CHUNSC y consulta virtual**

El CHUNSC, con el objetivo de ordenar la atención de los pacientes alrededor del recurso más adecuado en cada momento de acuerdo con sus circunstancias clínicas, ha elaborado un protocolo que regula el circuito de derivación de los pacientes desde Atención Primaria a la Unidad del Dolor. Para ello, ha definido los criterios generales y clínicos de derivación y ha diseñado una consulta online / virtual para la valoración de casos.

- **Piloto de interconsulta entre Atención Primaria y la Unidad del Dolor del CHUNSC**

A partir del protocolo de derivación definido por el CHUNSC se ha puesto en marcha un piloto que permite valorar los casos que son remitidos desde Atención Primaria, en base a los criterios de derivación definidos. De este modo se determinan quiénes requieren atención presencial en la unidad y con qué prioridad (urgente, preferente, normal), y cuáles es aconsejable continuar en seguimiento en Atención Primaria. Para estos la Unidad del Dolor puede aconsejar unas pautas de tratamiento.

- **Consulta de dolor crónico del HULP**

El servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor (SARTD) del Hospital Universitario de La Palma (HULP) ha habilitado una consulta de dolor crónico. El SARTD lleva ofreciendo este servicio desde hace más de 10 años debido a la demanda existente en la comunidad para realizar este tipo de tratamientos en el hospital. La consulta de dolor crónico se lleva a cabo mediante 2 modalidades asistenciales: presencial y por telemedicina.



- **Protocolización de la actividad de la Unidad del Dolor del CHUIMI**

El CHUIMI ha establecido un protocolo de acceso a la unidad desde Atención Primaria de acuerdo con unos criterios de derivación de carácter funcional y clínico.

Asimismo, la unidad ha definido protocolos de carácter multidisciplinar en lo relativo a:

- Infiltración Musculatura Profunda Lumbar en el Síndrome Miofascial con TXB.
- Infiltración Puntos Trigger con TXB de Musculatura Cintura Escapulo Humeral.
- Test de Fentolamina I.V.
- Test Diagnóstico Morfina Intradural.
- Tratamiento del Dolor Neuropático con Capsaicina Tópica al 8%.
- Iontoforesis.
- Tratamiento del Dolor Pélvico Crónico mediante Neuroestimulación de Raíces Sacras.
- Manejo del Dolor en Pacientes con Ictus.

- **Especialista consultor en dolor**

El HUGC Dr. Negrín llevó a cabo una experiencia de especialista consultor en el Centro de Salud de Escaleritas que actualmente se encuentra discontinuada, pero que a partir de la misma se ha establecido un modelo de derivación directa desde Atención Primaria a la Unidad del Dolor del hospital.

6.2. Análisis DAFO

A través del análisis DAFO, se han estudiado las capacidades propias del SCS para abordar la atención del DCNO, para lo cual se han tenido en cuenta sus debilidades y fortalezas existentes. Del mismo modo, se han considerado aquellos aspectos del entorno que pueden actuar como facilitadores, oportunidades, y aquellos otros, que, por el contrario, pueden suponer un obstáculo para el desarrollo de la Estrategia, amenazas.

DAFO

Análisis Interno



6.2.1. Fortalezas

1. El dolor es una de las prioridades del nivel de gestión sanitaria, recogido en la Estrategia para el Impulso de la Atención Primaria en Canarias "+ AP Canarias".
2. Existe la posibilidad de incentivar a los profesionales mediante la definición de objetivos concretos en dolor a través de los Programas de Gestión Convenida (PGC).
3. En Canarias hay experiencias previas de éxito y buenas prácticas en el ámbito del dolor:
 - Unidades del Dolor de larga trayectoria en la red asistencial de Canarias.



- Anestesiólogos con formación específica en dolor en las islas menores que no tienen Unidades del Dolor.
 - Especialista consultor en Atención Primaria en el ámbito del dolor prestada por la Unidad del Dolor (actualmente discontinuada).
 - Seguimiento telefónico de los pacientes con dolor por parte del personal de enfermería en algunas zonas básicas de salud.
 - Protocolos sobre el manejo de diversas patologías del dolor en Canarias.
4. En Atención Primaria cada vez hay mayor conocimiento del dolor y del manejo de este.
 5. Los buenos resultados de los pacientes tratados en unidades del dolor generan mayor credibilidad tanto en otros pacientes como en los clínicos que han referido.
 6. El abordaje multidisciplinar, con consenso recogido en guías para una patología e implementado, reduce el número de consultas y los tiempos de espera, y mejora la efectividad del tratamiento.
 7. Desarrollo y disponibilidad de herramientas para seguimiento y soporte a distancia.

6.2.2. Debilidades

1. La insularidad favorece una importante heterogeneidad en el diagnóstico y en la caracterización del DCNO, y dificulta el aplicar protocolos, circuitos y criterios comunes de derivación a las unidades del dolor.
2. No se ha instaurado el dolor como 5ª constante en la red asistencial.
3. Existe infratratamiento del dolor.
4. Falta cultura y concienciación adecuada en el abordaje del dolor en el ámbito asistencial y directivo.
5. Hay una limitación de recursos, tanto técnicos como humanos, aplicados al dolor.
6. La colaboración y comunicación intra e interniveles está poco desarrollada: profesionales de Atención Primaria, de la Unidad del Dolor, de salud mental, de paliativos, trabajadores sociales, etc.
7. La tendencia a encuadrar las unidades del dolor, incluso las de mayor nivel de complejidad, en los Servicios de Anestesia, dificulta la dotación estable en el tiempo de profesionales médicos y la multidisciplinariedad de las unidades, cuestión clave en el tratamiento del dolor.
8. Se identifica un amplio recorrido de mejora a la hora de disponer de profesionales bien formados en dolor y concienciados en la importancia de investigar sobre el mismo.
9. No hay una formación uniforme para los pacientes que favorezca su autonomía en la gestión del dolor, incluyendo el manejo adecuado de los fármacos.
10. Los sistemas de información (SSII) entre Atención Primaria y Hospitalaria no comparten la información para manejo conjunto y multidisciplinar.
11. No existen registros ni codificaciones unificadas, lo que dificulta conocer la tipología de los pacientes con DCNO.



12. Se dispone de modelos específicos de Historia Clínica del dolor, pero no están implementados en gran parte de la red asistencial.
13. Hay una escasa presencia de indicadores sobre el dolor.
14. En seguridad del paciente, se carece de los requisitos mínimos de seguridad de atención al DCNO y un registro de incidencias.
15. Dificultades para la realización de un abordaje bio-psico-social del paciente con dolor, derivadas de la carencia del tiempo necesario para ello en los diferentes niveles asistenciales y la no generalización de la presencia de psicólogos o psiquiatras en las unidades del dolor, al menos en las de mayor complejidad.
16. Dificultades de acceso a psicólogos o psiquiatras no especializados en aspectos relacionados con el dolor crónico por la sobrecarga asistencial que estos sufren.

DAFO

Análisis Externo



6.2.3. Oportunidades

1. Hay un interés creciente por tratar el dolor y capacidad de trasladar experiencias y buenas prácticas de estrategias puestas en marcha en el abordaje del DCNO en varias comunidades autónomas.
2. Se ha producido un nuevo impulso desde el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la actualización y desarrollo de una estrategia de abordaje del dolor en el SNS y la generalización de Buenas Prácticas.
3. Las sociedades científicas y asociaciones de pacientes están bastante activas en el ámbito del dolor.
4. Existe una situación económica favorable a la inversión en recursos que precisa esta estrategia.
5. Se dispone de una amplia evidencia científica en la actualidad en el manejo de la prevención y tratamiento del dolor.
6. El creciente desarrollo tecnológico facilita la comunicación entre el paciente y el sistema sanitario y entre los diferentes niveles asistenciales.
7. Existen modelos de referencia en formación continua para profesionales en el ámbito del dolor a nivel nacional, como IAVANTE.

6.2.4. Amenazas

1. La pirámide poblacional sufrirá un envejecimiento progresivo en los próximos años, que implica una mayor comorbilidad y un aumento de la prevalencia del dolor.
2. Los cambios políticos no garantizan la continuidad de las prioridades y de los recursos en el ámbito del dolor.
3. Existencia de expectativas desalineadas y falta de concienciación de la población en relación con los tratamientos para el abordaje del dolor, con tendencia a la automedicación dando escasa importancia a la aplicación de tratamientos no farmacológicos.
4. Existe un escaso desarrollo de una cultura social en relación con la importancia del dolor que implica en muchos casos que no acuden o acuden tarde a los recursos asistenciales adecuados para ser tratados.

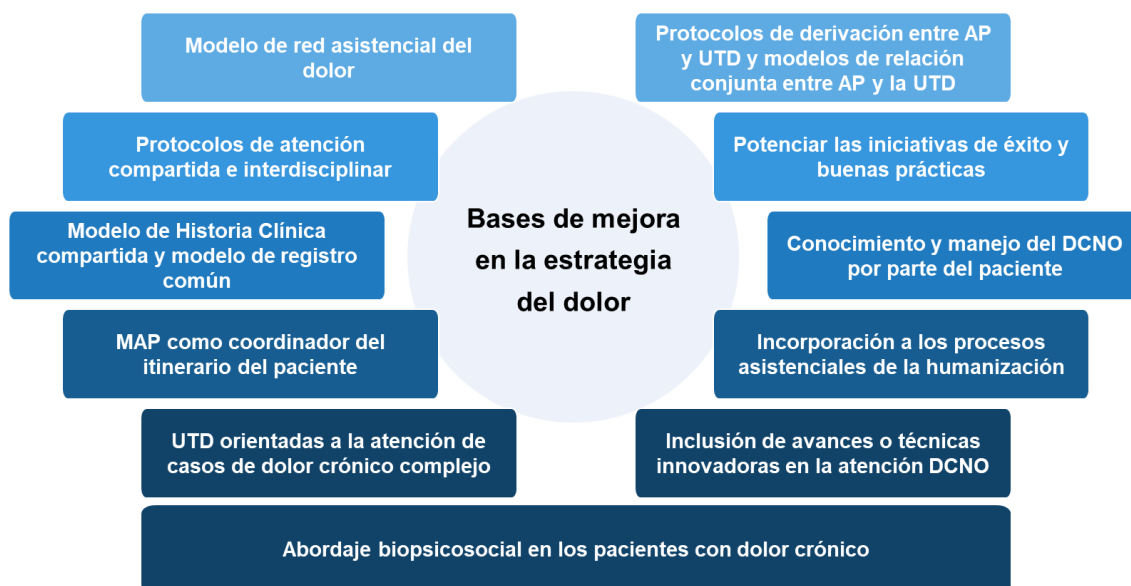


5. No hay una certificación a nivel nacional de formación específica en dolor.
6. Faltan recursos humanos especializados, a lo que se une la dificultad de ser seleccionados por los responsables de unidades del dolor.
7. No se ha determinado de forma clara la relación coste-efectividad de todas las intervenciones sobre el dolor.
8. Hay una carencia de registros de información fiable a nivel nacional e internacional respecto del DCNO.
9. Impacto de la COVID 19 en el seguimiento del paciente crónico y en el desarrollo de la actividad asistencial.

6.3. Bases de mejora en la estrategia del dolor

Se han identificado una serie de aspectos clave para potenciar la mejora de la atención a los pacientes con DCNO y que forman parte de las líneas de actuación que se han desarrollado en esta Estrategia.

Ilustración 47: Bases de mejora en la estrategia del dolor



Fuente: Elaboración propia.

La mejora de la atención al DCNO en Canarias requiere la **ordenación de los recursos asistenciales actuales para configurar un modelo de red asistencial del dolor** de carácter multidisciplinar, que se oriente hacia el proceso asistencial y asegure la continuidad de la atención y garantice que el paciente es atendido en el recurso más adecuado según sus necesidades [5].

Esta ordenación asistencial conlleva la definición conjunta entre ambos niveles asistenciales de **protocolos de atención compartida e interdisciplinar**, que permitan homogeneizar la práctica clínica y establecer criterios comunes de atención. En la definición de estos protocolos es recomendable prestar especial consideración a los colectivos especiales, tales como **personas frágiles**.

Para articular este modelo se precisa de un sistema de comunicación fluido, siendo clave la definición de un **modelo de Historia Clínica compartida** que permita a los diferentes profesionales clínicos tener acceso a la información relevante del paciente desde cualquier centro perteneciente a la red asistencial del SCS. Con relación a este



aspecto, es conveniente consensuar un **modelo de registro común** que permita disponer de información homogénea sobre el DCNO en Canarias.

En esta red asistencial, el **médico de Atención Primaria** se configura como el **núcleo central de la atención al paciente** y el **coordinador de su itinerario** por los diferentes servicios y unidades asistenciales. Para ello, es oportuno favorecer la resolutiveidad en este nivel de atención, aconsejándose que el médico tenga acceso a las pruebas complementarias que permitan establecer el correcto diagnóstico. Además, también es conveniente favorecer la formación transversal de los profesionales en el manejo del DCNO y el acceso a los especialistas para poder realizar consultas con relación a la atención al paciente que permita al médico de Atención Primaria continuar su seguimiento, sin necesidad de derivación.

Las Unidades de Tratamiento del Dolor son recursos muy especializados, por lo que **se orientan a la atención de casos de dolor crónico complejo**, a la vez que prestan apoyo a Atención Primaria y al resto de unidades y servicios hospitalarios en el manejo de pacientes con dolor. En este sentido, es aconsejable protocolizar la relación entre la UTD y el resto de las unidades, incluyendo a Atención Primaria, para **definir los criterios de derivación** que determinen cuándo es aconsejable derivar a un paciente, los tiempos de espera que se recomiendan y el modelo de seguimiento compartido con Atención Primaria. Actualmente, en Canarias no todas las zonas básicas de salud pueden realizar derivaciones directas de pacientes a las Unidades del Dolor.

Para apoyar al resto de servicios y unidades, se recomienda potenciar el establecimiento de un **modelo de interconsulta virtual** que permita al médico de Atención Primaria compartir casos clínicos, dudas o inquietudes con los especialistas de la UTD, quienes establecerán recomendaciones terapéuticas, propuestas de seguimiento o, en su caso, la derivación del paciente si lo consideran necesario.

Además, para favorecer estos modelos de relación entre AP y la UTD también se propone la **celebración de sesiones clínicas conjuntas, favorecer la rotación de los médicos de AP por la UTD** para mejorar su formación o **establecer líneas de investigación conjunta**.

Otro de los ámbitos de trabajo es potenciar las iniciativas de éxito que ya se han desarrollado en las islas, como son el **especialista consultor de la UTD en AP** y el **seguimiento telefónico por parte de enfermería**. En este contexto, se recomienda también aprovechar las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías para favorecer **nuevos modelos de relación con el paciente**, tanto en el seguimiento de su enfermedad como para el desarrollo de acciones de educación y formación.

En esta línea se considera conveniente aprovechar las diferentes tipologías de recursos formativos existentes en las islas, como son la Escuela de Pacientes o las aulas de salud, para **favorecer el conocimiento y el manejo del DCNO por parte del paciente**, siendo especialmente importante incidir en la adherencia del tratamiento farmacológico y en los tratamientos no farmacológicos. Por otro lado, es aconsejable **avanzar en la concienciación de la población en general**, pero también en la de los profesionales acerca de dar visibilidad al dolor, de la importancia de su detección temprana y del uso adecuado de los recursos y circuitos y protocolos de actuación basados en la evidencia como aspectos clave en la mejora de la atención del paciente.

Igualmente, se contempla la **incorporación de la humanización en los procesos asistenciales** en sus diferentes dimensiones (personas, espacios y organización) al objeto de favorecer la atención personalizada e integral de la persona.



Además, se busca dotar a la organización de flexibilidad suficiente para incorporar, en la medida de lo posible, aquellos **avances o técnicas innovadoras** que supongan una mejora sustancial en las prestaciones asistenciales que se ofrecen a los pacientes con DCNO.

Finalmente, es esencial que se lleve a cabo **un abordaje biopsicosocial en los pacientes con dolor crónico**. En los diferentes niveles asistenciales se ha de tender a explorar la posible contribución de aspectos psicológicos, como la enfermedad mental, aspectos laborales, como la posibilidad de rentismo en la verbalización del dolor¹ u otros aspectos sociales y familiares, como problemas laborales, soledad, búsqueda de afecto de familiares, etc.

1

El rentismo en la verbalización del dolor hace alusión a la posibilidad de exagerar o simular el dolor respondiendo a un incentivo externo.