

Dolor Crónico No Oncológico (origen musculoesquelético)

Proceso Asistencial Integrado



Dolor Crónico No Oncológico **(origen musculoesquelético)**

Proceso Asistencial Integrado

DOLOR crónico no oncológico [Recurso electrónico] :
(origen musculoesquelético) : proceso asistencial
integrado / [autores-as, Sánchez Mariscal, Dolores
(coordinadora científica) ... et al.]. -- 3ª ed. -- [Sevilla] :
Consejería de Salud y Familias, 2019.

Texto electrónico (pdf), 80 p.

ISBN 978-84-949160-8-3

1. Dolor crónico. 2. Dolor musculoesquelético.
3. Calidad de la atención de salud. 4. Guía de práctica
clínica. 5. Andalucía. I. Sánchez Mariscal, Dolores
II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias.

WL 704

1ª Edición 2005

2ª Edición 2014

3ª Edición 2019



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias.**

Maquetación: **Kastaluna.**

ISBN: **978-84-949160-8-3**

Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Autores/as:

Sánchez Mariscal, Dolores (Coordinadora Científica)

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almanjáyar. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

Cuéllar Obispo, Encarnación

Médica. Especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital Regional Universitario. Málaga.

García Caballos, Marta

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartuja. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

Gómez Pozo, Basilio

Epidemiólogo. Distrito Sanitario Granada -Metropolitano. UGC interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud. Apoyo Metodológico de la Red de Gestión del Conocimiento. Granada.

González Montero, M.^a Carmen

Enfermera. Asesora técnica del Servicio de Calidad y Procesos. Apoyo Metodológico. Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud. Consejería de Salud y Familias. Sevilla.

Lagares Alonso, Naiara del Alba

Médica. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Lucena Jiménez, Jorge Salvador

Médico. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Martínez Navas, Ángel

Médico. Especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. AGS Sevilla Sur.

Mendoza Mendoza, Dolores

Médica. Especialista en Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Morcillo Muñoz, Yolanda

Enfermera y Psicóloga. AGS Sur de Córdoba.

Rojas Corrales, M.^a Olga

Farmacéutica. AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud. Consejería de Salud y Familias. Sevilla.

Declaración de intereses:

Todos los autores y las autoras han realizado una declaración de intereses, que constan en el Servicio de Calidad y Procesos.

Colaboraciones: Molina Rueda, María José

Médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital de Baza. Granada.

Rubín Gómez, María Ángeles

Epidemióloga. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

Revisión interna: Consejería de Salud y Familias. Servicio Andaluz de Salud

De los centros directivos consultados se han recibido aportaciones de:

- Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial
- Subdirección de Coordinación de Salud

Revisión externa: De las sociedades consultadas, se han recibido aportaciones de:

- AAEAR (Asociación Andaluza y Extremeña de Anestesiología y Reanimación)
- AAFAP (Asociación Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria)
- ASANEC (Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria)
- SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)
- SEMERGEN ANDALUCÍA (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tiene puesto en marcha un plan para la gestión del conjunto de actos que permiten establecer mecanismos que nos lleven a desarrollar acciones motivadas, la Gestión por Procesos.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua y ordenado los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, gracias todo ello a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus procesos.

En estos años, se ha tratado de depurar la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen de la priorización, en base al análisis de cómo se realizan las cosas, la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y sistemática y creando una propuesta razonable y coherente, que recoja las recomendaciones clave, para mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque contribuyen a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Isaac Túnez Fiñana
Secretario General de Investigación,
Desarrollo e Innovación en Salud

Recomendaciones clave / 9

Introducción / 11

Definición / 19

Descripción general / 21

Componentes: profesionales, actividades,
características de calidad / 23

Competencias específicas del equipo profesional / 49

Representación gráfica / 51

Indicadores / 53

Anexos / 61

Acrónimos / 75

Bibliografía / 77

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación es el asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones	Grado
Se realizará evaluación completa con datos específicos sobre el síndrome doloroso.	<i>AG¹</i>
Se valorará capacidad funcional por la repercusión subjetiva sobre vida diaria, laboral, de ocio y patrón de sueño.	<i>AG¹</i>
Se explorará el área psicoemocional.	<i>AG¹</i>
Se realizarán intervenciones farmacológicas de forma escalonada, individualizadas según comorbilidad.	<i>ID¹</i>
Antes de iniciar un tratamiento con opioides mayores, optimizar intervenciones no farmacológicas y tratamiento farmacológico no opioide.	<i>Fuerte a favor²</i>
Se recomienda tener especial precaución con el uso de opioides mayores en dosis superiores de 50 mg equivalentes de morfina y no sobrepasar los 90 mg/día.	<i>A³ Fuerte²</i>
En caso de utilización de dosis equivalentes a 90 mg de morfina se recomienda reducir la dosis por riesgo de hiperalgesia y efectos adversos. En caso de imposibilidad de dicha reducción se consultará con una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD).	<i>AG²</i>
En todo paciente que utilice opioides mayores se monitorizará AAAA: eficacia A nalgésica, A ctividad (funcionalidad), efectos A dversos y conductas A berrantes del uso. Tanto durante la titulación como durante el seguimiento.	<i>AG</i>
Se recomienda a todos los pacientes una intervención psicoeducativa con el objetivo de disminuir el dolor, aumentar la calidad de vida y mejorar el aprendizaje de conductas de adaptación activas.	<i>AG</i>
Se recomienda para todos los pacientes la realización de un programa de ejercicio físico individualizado, basado en la exploración física, la capacidad funcional y el impacto del dolor.	<i>AG⁴</i>
La utilización de técnicas invasivas se adecuará al diagnóstico del dolor de difícil control y cuadros dolorosos localizados.	<i>AG</i>

Recomendaciones de no hacer	Grado
Prescribir un opioide mayor si no hay posibilidad de hacer un seguimiento adecuado.	AG ⁵
Recomendar reposo en Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) de origen musculoesquelético.	AG ⁵
Prescribir hipnóticos y sedantes, incluidas las benzodiazepinas, por períodos >2 semanas para espasmos musculares.	AG ^{3, 5}
Recomendar terapias físicas pasivas como tratamiento rehabilitador exclusivo.	AG ⁵
Prescribir paracetamol en dosis superiores a 2.5-3 g diarios (650 mg/6 horas), debido al riesgo de hepatotoxicidad .	<i>Recomendación I'</i>

El dolor crónico es un problema de alta prevalencia e impacto en las personas que lo padecen, en la sociedad y en los sistemas sanitarios de todos los países desarrollados.

El dolor se encuentra entre los procesos crónicos más prevalentes: el 15-20% de la población sufre dolor crónico. La causa más frecuente es el origen osteomuscular y su importancia radica en el impacto en la calidad de vida en las personas afectadas, con repercusión funcional (más de la mitad de las personas con dolor intenso se han visto obligadas a reducir o limitar sus actividades habituales), en el sueño (42,24%), condicionando ansiedad (40,62%) y depresión (24,43%), y con importantes pérdidas de productividad (el 39,39% de las personas que sufren dolor intenso se ausentan de su puesto de trabajo frente al 3,35% de la población sin dolor) y elevados costes sanitarios directos e indirectos (incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios).

Desde el punto de vista económico, el dolor crónico genera gastos debidos a la atención sanitaria y a las pérdidas potenciales de producción. Estas últimas se ven agravadas cuando se demora la atención adecuada.

El dolor crónico supone el 50% de las consultas en Atención Primaria, lo cual lo sitúa como uno de los principales problemas de salud, con una media 6,6 consultas anuales y un 8% del gasto farmacéutico.

La magnitud de los costes indirectos, bien en bajas laborales o en pérdidas de productividad, supera con creces a los costes directos, lo que sugiere que éste es un punto clave de mejora de la eficacia en la gestión del paciente con dolor.

En España se estima que el coste total (directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico sería de 16.000 millones de euros anuales, lo que supone el 2,5 % del PIB.

El plan terapéutico debe ser integral, multimodal, multidisciplinar y coordinado entre equipos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con el objetivo de disminuir la intensidad y el impacto en todas la esferas de la vida del paciente (actividad física, ánimo, sueño, actividad laboral, social y familiar) mediante el uso adecuado de recomendaciones sobre hábitos saludables, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, fomentando el automanejo y la autogestión por parte del paciente. La atención al dolor no se debe plantear como una asistencia parcelada, sino que se debe garantizar la interrelación de los profesionales a través de la comunicación y el establecimiento de redes como un elemento clave para favorecer la continuidad asistencial.

Su abordaje terapéutico supone un desafío clínico ya que se plantea la necesidad de tratarlo adecuadamente sin contribuir al problema. El tratamiento farmacológico debe ser un eslabón más de las intervenciones terapéuticas y la prescripción de opioides debe ser valorada por la siempre presente balanza de beneficios y riesgos, ya que el objetivo es conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente.

Hoy día, en Andalucía el 10% de la población tiene una prescripción de opioides: 82% opioides menores (fundamentalmente tramadol) y 18% opioides mayores. Esto ha supuesto en 2016 un gasto de más de 80 millones de euros en opioides, con un incremento respecto al año previo de más de 9 millones fundamentalmente por las recientes incorporaciones al arsenal terapéutico.

Para responder a este problema, “el dolor crónico” en nuestra comunidad, se puso en marcha en Andalucía en 2005 un PAI, en concreto sobre el Dolor Crónico No Oncológico (DCNO). En 2010, se publicó el Plan Andaluz de Atención a las personas con Dolor. En julio de 2014 se realizó la primera revisión y actualización del proceso asistencial. Desde entonces han aparecido nuevos avances en la evaluación y el tratamiento de este problema que nos ha llevado a revisar, reordenar e incorporar recomendaciones en el PAI DCNO a partir de una revisión de la evidencia disponible y de las líneas y proyectos marcados por el Plan Andaluz de Atención a las personas con Dolor.

El objetivo de este trabajo es reordenar el proceso asistencial integrado, las actividades que realizan los distintos profesionales, la información y el recorrido que seguirá el paciente durante su proceso, clarificar el abordaje terapéutico, aportar recomendaciones prácticas en el abordaje farmacológico y realizar un enfoque biopsicosocial, multidisciplinar, multimodal y multidimensional en el DCNO de acuerdo con el mejor conocimiento científico disponible y las recomendaciones internacionales recientes.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo del DCNO de origen musculoesquelético de los últimos 5 años (desde 2013 a 2017). En la edición previa del PAI DCNO la actualización bibliográfica abarcó hasta junio de 2013.

Para la selección de las GPC se ha utilizado como estrategia de búsqueda la elaboración de la pregunta en formato PICO (Población, Intervención, Comparador y *Outcomes* – Resultados), con el objeto de realizar la consulta a las bases de datos bibliográficas biomédicas (Tabla 1).

Tabla 1: Pregunta de investigación en formato PICO

Población	Pacientes adultos con DCNO de origen musculoesquelético.
Intervenciones	Abordaje general, incluido el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y los cuidados en Atención Primaria (AP) y en Atención Hospitalaria (AH).
Comparador	Cualquier comparador.
Resultados	Cualquier resultado en salud.
Diseño	Guías de Práctica Clínica (GPC).

Siguiendo las recomendaciones de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) para la revisión de Procesos Asistenciales Integrados (PAI), se realizó una búsqueda sistemática de literatura científica, orientada a la recuperación exclusiva de GPC. Por tanto, quedaron fuera del alcance de este objetivo tanto artículos primarios como revisiones. El protocolo propuesto establece que, como primera aproximación a la producción científica, la búsqueda se realice utilizando lenguaje natural (en nuestro caso “DCNO de origen musculoesquelético” y consultando Tripdatabase (<https://www.tripdatabase.com/>)).

Posteriormente se han consultado las siguientes bases de datos:

1. *Guíasalud*: www.guíasalud.es
2. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) clinical guidelines*: <https://www.nice.org.uk/guidance>
3. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Reino Unido)*: www.sign.ac.uk

4. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH): <https://www.cadth.ca/>
5. *CMA Infobase: ClinicalPracticeGuidelinesDatabase* (CPGs) (Canadá): www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx
6. *Australian Clinical Practice Guidelines Portal* (Australia): www.clinicalguidelines.gov.au
7. *Institute for Clinical System Improvement* (ICSI) (EUA): www.icsi.org/guidelines__more/
8. Sociedades Científicas relacionadas con el área de consulta, consideradas de referencia para los profesionales del SSPA.

Resultados

Atendiendo a los criterios de búsqueda previamente reflejados, se identificaron 5 documentos que cumplían todos los criterios de búsqueda incluido el año de publicación. Posteriormente, el grupo de trabajo aportó otros 6 documentos

Cada una de las GPC halladas fue analizada y puntuada, de forma independiente, por 2/3 evaluadores. En todos los casos se utilizó la metodología AGREE II y las puntuaciones se registraron online en la aplicación *My AGREE PLUS* (<https://www.agreetrust.org/>). Dicha aplicación facilita el seguimiento en tiempo real de la cumplimentación de los formularios de evaluación y permite obtener informes sistematizados y anonimizados de las evaluaciones de cada una de las GPC.

Las personas responsables de las evaluaciones tuvieron a su disposición el manual de instrucciones para el usuario del instrumento AGREE II, cuyo cuestionario explora 6 dominios diferentes relacionados con: *los objetivos de la GPC, la participación de los implicados, el rigor en su elaboración, claridad de presentación, aplicabilidad, e independencia editorial.*

La Tabla 2 muestra las puntuaciones estandarizadas (en %) de cada uno de los dominios explorados para todas las GPC evaluadas. El método de estandarización tiene en cuenta la variabilidad, en la puntuación máxima posible, introducida por el número de personas que evalúan cada una de las GPC, así como por el número variable de ítems que componen cada dominio.

Los resultados de la evaluación con AGREE II se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 2: Evaluación de la calidad de las GPC recuperadas (AGREE II)

Título	Año	Sociedad científica	Alcance y objetivo	Participación implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain ³	2016	CDC	89%	83%	75%	85%	85%	92%
Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain ²	2017	CMAJ	87%	83%	93%	93%	86%	78%
Pain: assessment, non-opioid treatment approaches and opioid management ⁵	2017	ICSI	76%	65%	71%	74%	40%	81%
Neuropathic pain in adults: Pharmacological management in non-specialist settings ⁷	2013	NICE	81%	76%	65%	80%	60%	31%
Assessment and Management of Pain	2013	RNAO	72%	52 %	58%	69%	71%	39%
Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain	2017	ACP	93%	70%	78%	89%	42%	56%
Neck Pain: Revision 2017	2017	APTA	87%	70%	81%	80%	46%	78%
Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management ⁸	2016	NICE	85%	67%	43%	72%	42%	58%
Osteoarthritis. Care and management in adults ⁶	2014	NICE	81%	93%	85%	91%	90%	83%
OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis	2014	OARSI	93%	72%	78%	89%	43%	86%
Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome	2014	DOA-NOV	56%	46%	44%	59%	19%	22%

Se incluyeron como GPC válidas aquellas con mayor proximidad al 80% de valoración en relación con los dominios rigor de elaboración e independencia editorial. De acuerdo con estos criterios, las GPC seleccionadas son las detalladas en la siguiente tabla:

Tabla 3: Guías seleccionadas

Título	Año	Organización
Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain ³	2016	Centers for disease control and prevention (CDC)
Pain: assessment, non-opioid treatment approaches and opioid management ⁵	2017	Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI)
Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain ²	2017	Canadian Medical Association Journal (CMAJ)
Osteoarthritis. Care and management in adults ⁶	2014	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Durante la búsqueda aparecieron dos guías que, aunque su calidad es buena, han sido excluidas porque abordan aspectos muy específicos.

Tabla 4: Guías excluidas

Título	Año	Organización
Neck Pain: Revision 2017	2017	The Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association (APTA)
OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis	2014	Osteoarthritis Research Society International (OARSI)

En la elaboración de las recomendaciones del PAI se han utilizado los sistemas de gradación específicos de las GPC seleccionadas. Adicionalmente las siglas **AG** (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en las GPC utilizadas.

La mayoría de las GPC evaluadas para esta actualización del PAI Dolor Crónico siguieron los criterios *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* -GRADE⁹ (NICE^{1, 6, 7, 8}, CMAJ² y CDC³) de manera exclusiva, o combinada con otros criterios. Por el contrario, los autores de la guía ICSI⁵, declararon que utilizaron un método de consenso para la elaboración de recomendaciones.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE) CLINICAL GUIDELINES^{1, 6, 7, 8}

Para evaluar la calidad de la evidencia y hacer las recomendaciones utiliza el sistema GRADE⁹, *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*. Esta metodología se apoya no solo en la calidad de la evidencia, sino en una serie de factores, como son el balance entre riesgos y beneficios, los valores y preferencias de pacientes y profesionales, y el consumo de recursos o costes.

FUERTE A FAVOR* (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica.
DÉBIL A FAVOR* (se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa. Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.

* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)³, CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL (CMAJ)²

Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) ⁹				
Diseño del estudio	Calidad inicial de la evidencia	Menor, si riesgo de	Mayor si	Calidad final de la evidencia
ECA	Alta	Sesgo (-1) Elevado (-2) Muy elevado	Magnitud de efecto elevada (+1) Elevada (+2) Muy elevada	Elevada (++++)
		Inconsistencia (-1) Elevado (-2) Muy elevado	Gradiente dosis-respuesta (+1) Evidencia	Moderada (+++)
Observacional	Baja	Evidencia: indirecta (-1) Elevado (-2) Muy elevado	Factores de confusión residuales (+1) Reducirían el efecto mostrado	Baja (++)
		Imprecisión (-1) Elevado (-2) Muy elevado	+(1) Sugerirían un efecto espurio, si no se mostró efecto alguno	Muy baja (+)
		Sesgo de publicación (-1) Probable (-2) Muy probable		

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Adicionalmente, se han mantenido las referencias bibliográficas de la edición anterior del PAI del 2014 y que a juicio de los miembros del grupo siguen teniendo relevancia. Fruto del análisis global del PAI, cada participante ha seleccionado en el contexto de la revisión artículos primarios que se han utilizado como bibliografía para justificar alguna de las recomendaciones propuestas o de las características de calidad establecidas, junto con las GPC seleccionadas.

Definición funcional:

Conjunto de actividades destinadas a la identificación, evaluación multidisciplinar, abordaje terapéutico y seguimiento, de los pacientes con DCNO de origen musculoesquelético, garantizando en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

Límite de entrada:

Persona con dolor de cualquier localización, de origen musculoesquelético independientemente de la causa del mismo y de su tratamiento etiológico, con una duración ≥ 3 meses, una intensidad ≥ 4 en la Escala Verbal Numérica (EVN), y con una de las siguientes características:

- Dolor continuo.
- Dolor intermitente ≥ 5 días a la semana.

Límite final:

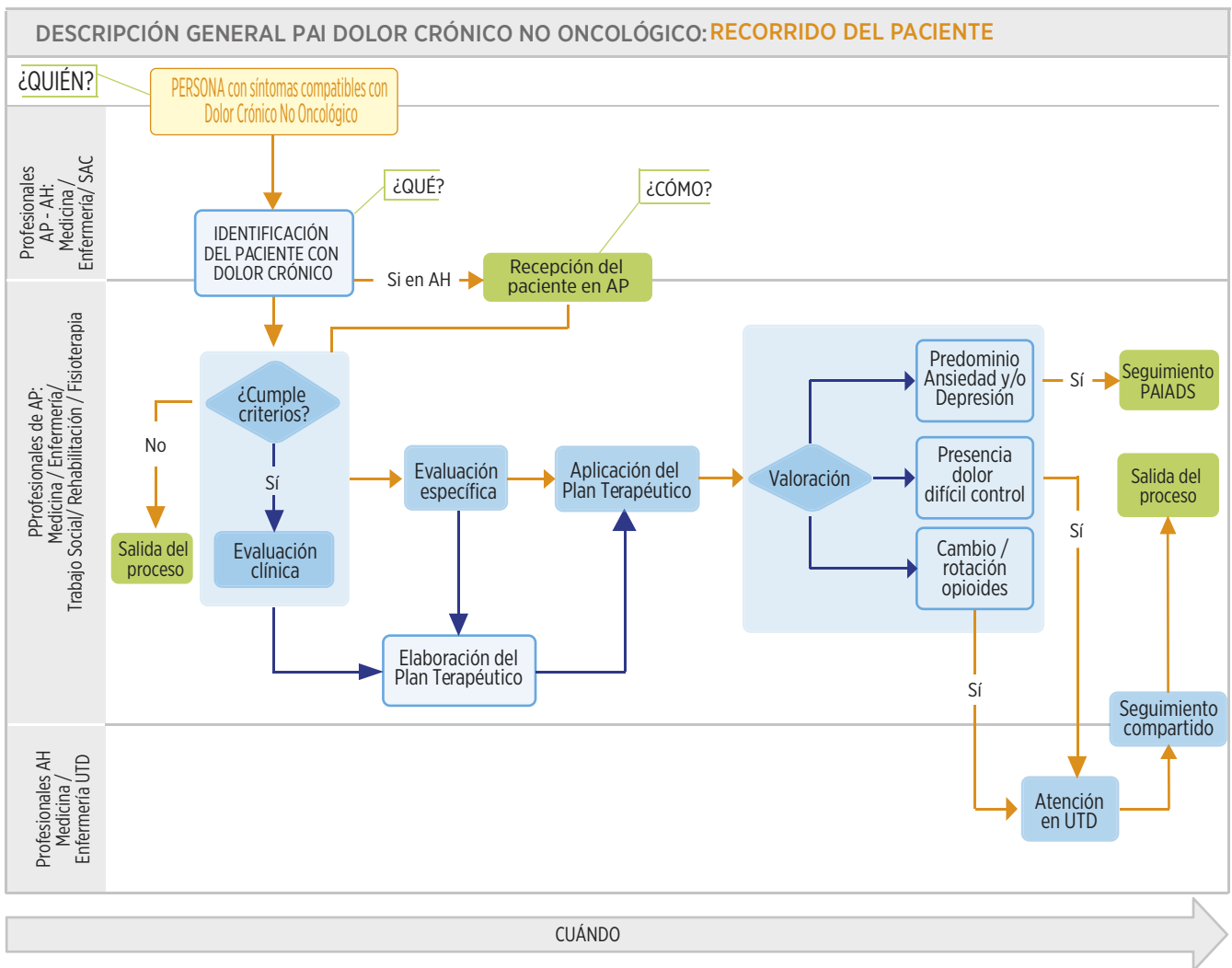
Resolución del dolor y/o su impacto.

Límites marginales:

- Personas afectadas por fibromialgia.
- Personas afectadas por dolor crónico de origen musculoesquelético, menores de 14 años.

Descripción general

La descripción general del PAI se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que las desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO). Se refleja en la Hoja de Ruta del paciente¹⁰.







Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido del paciente, se ha identificado a los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata de incorporar principalmente aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad:**
 - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía¹¹ y/o la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹².
 - Se identifica, además, con  la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información y toma de decisiones:**
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir paciente, familia y/o representante legal¹³.
 - Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía¹⁴, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética¹⁵ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:
 - > Uso de formulario de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del SSPA¹⁶.
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones¹⁷.
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas¹⁸.

- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.



No siempre las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), tales como Informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.

- **Los cuidados de Enfermería:** Se describen principalmente mediante la identificación de los resultados a conseguir (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)¹⁹ y principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)²⁰.


Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:


- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el profesional sin presencia del paciente.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia del paciente.

PERSONAL MEDICINA / ENFERMERÍA: ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH)

Actividades	Características de calidad
<p>1º IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON CRITERIOS DE DOLOR CRÓNICO</p>	<p>1.1 Ante la persona que acude a consulta, se aplicarán medidas para su identificación inequívoca (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) .</p> <p>1.2 Se realiza mediante la presencia de dolor, de origen musculoesquelético independientemente de la causa del mismo y de su tratamiento etiológico, con una duración ≥ 3 meses, una intensidad ≥ 4 en la Escala Verbal Numérica (EVN) y con una de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor continuo. • Dolor intermitente ≥ 5 días a la semana. <p>1.3 Una vez identificado, debe ser evaluado de forma integral por el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP).</p> <p>1.4  Se informará al paciente la necesidad del abordaje y seguimiento multidisciplinar en AP, dejando constancia en la Historia de Salud.</p>


PERSONAL MEDICINA/ENFERMERÍA DE AP


Actividades	Características de calidad
<p>2º EVALUACIÓN CLÍNICA</p>	<p>2.1 Se comprobará que el paciente cumple criterios de dolor crónico de origen musculoesquelético. Si no cumple criterios, el paciente saldrá del PAI.</p> <p>2.2 La evaluación clínica completa se podrá realizar a lo largo de varios contactos clínicos y de forma compartida por el personal médico y de enfermería.</p> <p>2.3 Se realizará evaluación completa con datos específicos para evaluación del síndrome doloroso y deberá incluir (AG)¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronología (mañana-noche, reposo-movimiento, continuo-intermitente) y evolución. • Intensidad: EVN o Escala Visual Analógica (EVA) o escalas adaptadas para pacientes con discapacidad intelectual o deterioro cognitivo. En estos pacientes se recomienda el uso de la escala de expresión facial de Wong-Baker. • Localización e irradiación. • Síntomas acompañantes. • Factores que lo modifican (movimiento-reposo, calor-frío, medicación). • Calidad del dolor (penetrante, punzante, opresivo). • Tipo neurofisiológico: nociceptivo, neuropático o mixto. Ante la sospecha de dolor neuropático, utilizar cuestionario ID-PAIN (AG)²¹. 

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="188 190 344 296">2º EVALUACIÓN CLÍNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="437 190 1359 296">• Repercusión sobre la capacidad funcional subjetiva: actividades de la vida diaria, laboral, de ocio y el patrón de sueño, preguntando sobre la interferencia en estas áreas. Si se considera necesario, se puede emplear la escala BPI-SF(AG)²². <li data-bbox="437 316 1359 398">• Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la realización de la exploración clínica¹² . <li data-bbox="437 419 1037 449">• Exploración del aparato locomotor y/o neurológica. <li data-bbox="437 470 885 500">• Estudios complementarios realizados. <li data-bbox="437 521 1359 592">• Tratamiento previo y actual con relación al dolor, tanto farmacológico como no farmacológico. <li data-bbox="437 613 766 643">• Hábitos de vida saludables. <li data-bbox="437 664 1117 694">• Expectativas en relación con la mejoría o control del dolor. <li data-bbox="437 715 1359 827">• Se explorará el área psicoemocional, realizando una serie de preguntas sencillas para el cribado inicial de la afectación del estado de ánimo (depresión o ansiedad) (AG)²³. <li data-bbox="437 848 1359 919">• Si el cribado es positivo, hay que realizar una evaluación complementaria utilizando las siguientes herramientas diagnósticas (AG)²³: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="459 940 718 970">- GAD-7 para ansiedad. <li data-bbox="459 991 1021 1022">- PHQ-9 para detección y valoración de depresión. <li data-bbox="437 1042 1359 1154">• Los pacientes en los que se considere ansiedad, depresión o somatización como diagnóstico principal, serán abordados en el marco del PAI Ansiedad, Depresión, Somatizaciones, con salida de este PAI (AG)²³. <p data-bbox="381 1185 1316 1257">2.4 Se valorará mantener o modificar el régimen terapéutico que venía realizando hasta la aplicación del Plan Terapéutico Integral (PTI) (AG).</p> <p data-bbox="381 1287 1359 1441">2.5 No es necesario realizar pruebas complementarias, excepto en aquellos casos en que se precise confirmar o excluir un diagnóstico, o se detecten síntomas o signos de alarma de otras enfermedades (neoplasias, enfermedades infecciosas o inflamatorias, traumatismos, etc.) subsidiarias de tratamiento específico (AG).</p> <p data-bbox="381 1461 1348 1533">2.6 Se gestionará cita para realizar una valoración específica por el/la profesional de Trabajo Social ante personas que presenten (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="437 1553 726 1584">• Gran aislamiento social. <li data-bbox="437 1604 774 1635">• Ausencia de apoyo familiar. <li data-bbox="437 1655 957 1686">• Necesidad de asesoramiento administrativo. <p data-bbox="381 1716 1308 1788">2.7 El/la profesional de enfermería realizará valoración orientada a evaluación de resultados (NOC)^{19, 24}:</p>



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="240 190 399 298">2º EVALUACIÓN CLÍNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 190 1426 261">• 2101 Dolor: Efectos perturbadores. Severidad observada o informada sobre los efectos perturbadores del dolor crónico en el funcionamiento diario. <li data-bbox="480 282 1230 312">• 2102 Nivel del dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado. <li data-bbox="480 333 1426 404">• 1843 Conocimiento: Gestión del dolor. Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, síntomas y tratamiento del dolor. <li data-bbox="480 425 1426 496">• 1306 Dolor: Respuesta psicológica adversa. Gravedad observada o informada sobre las respuestas cognitivas y emocionales adversas al dolor físico. <li data-bbox="480 517 1426 588">• 3016 Satisfacción del paciente/usuario/a. Gestión del dolor. Grado de percepción positiva sobre los cuidados enfermeros para el alivio del dolor. <li data-bbox="480 609 1342 639">• 1605 Control del dolor: Acciones personales destinadas al control del dolor. <p data-bbox="427 670 1426 741">2.8 Se informará sobre el resultado de la valoración. Se dejará constancia documental en la Historia de Salud y deberá tener contenidos básicos sobre (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 762 671 793">• El diagnóstico. <li data-bbox="480 813 1145 844">• La necesidad de un Plan Terapéutico y sus componentes. <li data-bbox="480 864 1134 895">• Las posibilidades de evaluación por otros profesionales. <li data-bbox="480 915 767 946">• La evolución previsible.

Actividades	Características de calidad
<p>3º ELABORACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO INICIAL (PTI)</p>	<p>3.1 El PTI debe ser multidimensional (<i>Recomendación C</i>)¹ personalizado y consensuado. Debe estar elaborado en un periodo no superior a 2 semanas, quedar registrado en la Historia de Salud y contener (<i>AG</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales que intervienen. • Duración prevista. • Objetivos a alcanzar: <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la intensidad del dolor o su repercusión funcional, medido por la reducción del nivel de la EVN o del BPI-SF de 2 puntos o de al menos el 30% del valor inicial². - Mantener o mejorar los hábitos de vida saludables. - Mantener o mejorar la actividad física. - Preservar el patrón de sueño. - Mejorar el estado de ánimo. - Preservar la actividad laboral, social y familiar. - Asegurar la participación, el aprendizaje y el automanejo por parte del paciente. - Garantizar el uso correcto de los medicamentos y otras medidas terapéuticas . • Intervenciones terapéuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos saludables: actividad física, patrón de sueño, alimentación. - Adaptación del puesto de trabajo y/o de las actividades cotidianas. - Psicoeducativa. - Promoción de salud basada en activos en salud. - Farmacológica. - Procedimientos mínimamente invasivos y ayudas técnicas. - Terapias físicas.


Actividades	Características de calidad
<p>4º APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>4.1 (II) Se informará al paciente del Plan Terapéutico a realizar y de sus beneficios y alternativas, dejándose registro documental en la Historia de Salud.</p> <p>4.2 INTERVENCIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA</p> <p>Todos los profesionales que intervienen en el PTI darán recomendaciones verbalmente al paciente y, a ser posible, se entregarán documentación escrita o recomendaciones TIC sobre hábitos de vida saludables en relación con el tabaco (AG)²⁵, alimentación (AG)²⁶, reducción de peso y reglas básicas de higiene del sueño (AG)²³.</p> <p>4.3 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomendará a todos los pacientes, con el objetivo de disminuir el dolor, aumentar la calidad de vida y mejorar el aprendizaje de conductas de adaptación activas (AG). La Terapia de Aceptación y Compromiso implica promover en el individuo la responsabilidad personal. • Tendrá un enfoque integrador y progresivo comenzando por aquellas intervenciones de más baja intensidad (<i>Recomendación C</i>)¹ adaptadas a las características y respuestas de la persona con dolor crónico y basadas en: <ul style="list-style-type: none"> - La disponibilidad de tiempo. - La motivación para seguir un programa estructurado. - Los recursos personales para el autocuidado. - Tiempo de evolución del dolor crónico. • Se recomienda utilizar la entrevista motivacional y establecer un acuerdo terapéutico con el paciente, especialmente en pacientes tratados con opioides y con riesgo de mal uso o abuso de los mismos (AG). • Se favorecerá el automanejo del paciente, teniendo en cuenta los activos de salud y los recursos comunitarios (AG). • En el PTI se deben abordar pensamientos disfuncionales, conductas de evitación de la actividad física, controlar el dolor y la discapacidad. Asegurar la motivación y adherencia a largo plazo hacia un estilo de vida activo y saludable (AG). <p>Intervenciones de baja intensidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones individuales de autoayuda no guiada. <p>Es un contacto terapéutico mínimo, que incluye entrega de materiales escritos que contengan información sobre qué es el dolor, su tratamiento, los hábitos de vida saludable, la higiene del sueño, la actividad física y el ejercicio físico. Se propone el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana²⁷ a través de la relajación, la resolución de problemas, el afrontamiento de las preocupaciones, la autoestima o la gestión de los periodos de actividad-reposo.</p> 

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="245 190 276 216">4^º</p> <p data-bbox="177 226 344 374">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul data-bbox="427 190 962 220" style="list-style-type: none"> • Intervención individual de autoayuda guiada. <p data-bbox="448 243 1359 543">Es un contacto terapéutico, con el apoyo y la supervisión médica y/o enfermera mediante entrevistas programadas, programadas (mínimo 2), con una periodicidad quincenal, con el objetivo de facilitar el aprendizaje del autocuidado. Incluyen materiales escritos con información sobre qué es el dolor, el tratamiento del dolor, los hábitos de vida saludable, higiene del sueño, ejercicio físico, relajación, autocuidado, resolución de problemas, afrontamiento de las preocupaciones, gestión de la actividad-reposo y los activos o recursos comunitarios para favorecer el automanejo (AG).</p> <p data-bbox="427 574 1054 605">Intervención de alta intensidad o Intervención grupal</p> <ul data-bbox="427 629 1359 850" style="list-style-type: none"> • Se trata de un programa de abordaje del dolor, con un enfoque integral, que tiene como fin el aprendizaje del automanejo del dolor crónico, para conocer su enfermedad y ser capaces de convivir y afrontar las dificultades, reforzando los recursos personales y habilidades. Se trata de un programa estructurado de 11 sesiones que incluye entre otros, componentes educativos, de relajación y ejercicio físico (AG)¹. (Anexo intervención psicoeducativa grupal). <p data-bbox="368 887 911 917">4.4 INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA</p> <ul data-bbox="427 948 1359 1712" style="list-style-type: none"> • Se tendrá en cuenta el tipo neurofisiológico del dolor: nociceptivo, neuropático, mixto (AG). • Se seguirá una pauta escalonada (<i>Recomendación I</i>)¹ individualizada según comorbilidad (riesgo vascular, digestivo, hepatorrenal), consumo previo de medicamentos, intensidad del dolor y su impacto, evitando mantener fármacos no efectivos. • Se recomienda tener en cuenta la intensidad del dolor (EVN) y especialmente la repercusión funcional para pasar de un escalón terapéutico a otro. Se considera un alivio clínicamente significativo una disminución en la EVN o en el BPI-SF de 2 puntos en valor absoluto (AG) o una disminución $\geq 30\%$ del valor inicial¹. • (i) Se informará a todos los pacientes, preferiblemente por escrito (AG)⁷, de que: <ul data-bbox="448 1467 1359 1712" style="list-style-type: none"> - El tratamiento farmacológico es sólo una parte del plan terapéutico multidimensional y que es necesario, pero no suficiente, para alcanzar sus objetivos (<i>Recomendación A-2</i>)¹. - La importancia de seguir la pauta y dosificación correctas, la ventaja y los riesgos del uso de fármacos y sus posibles interacciones. Se hará especial hincapié cuando se inicie el tratamiento con opioides (<i>Recomendación I</i>)¹.



Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º</p> <p style="text-align: center;">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>4.4.1 DOLOR NOCICEPTIVO:</p> <p>1ª línea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol: Es el fármaco de primera elección, por su perfil de eficacia y seguridad, en primera instancia (<i>Nivel de evidencia C</i>)¹. Se recomienda no sobrepasar los 2,5-3 g diarios repartidos en 4 tomas (650 mg/6 horas) debido al riesgo de hepatotoxicidad con el uso prolongado a altas dosis. Poner atención en las asociaciones con otros medicamentos que contengan paracetamol para evitar sobrepasar dicha dosis. (<i>Recomendación I</i>)¹. • AINEs: Son una alternativa al paracetamol, a corto plazo. <ul style="list-style-type: none"> - Se recomiendan por vía tópica por tener un mejor perfil de efectos adversos, aunque son menos eficaces que por vía oral (<i>AG</i>)⁶. Se recomiendan, especialmente en pacientes que no toleran AINEs vía oral (<i>Recomendación A</i>)¹. - Siempre que se prescriban AINEs hay que tener en cuenta el riesgo cardiovascular y gastrointestinal (<i>Recomendación B</i>)¹. - En ancianos no se recomienda su uso y, en caso de necesidad, usar con precaución monitorizando toxicidad gastrointestinal y renal, hipertensión e insuficiencia cardíaca (<i>Recomendación ID</i>)¹. - Considerar, especialmente si el dolor tiene un componente inflamatorio o en caso de lumbalgia crónica no específica (<i>Recomendación B</i>)¹. - Se aconseja utilizar la menor dosis posible y la duración más corta, para evitar las complicaciones (digestivas, renales, cardiovasculares) y se suspenderán si no resultan eficaces para controlar el dolor (<i>Recomendación I</i>)¹. - Evitar uso de AINEs a largo plazo (>3 meses) para el dolor articular especialmente en >65 años. - Evitar la asociación de AINEs con diuréticos y ARA-II o IECAs por riesgo de insuficiencia renal. - Ningún AINE ha demostrado ser más eficaz que otro por vía oral, aunque sí parecen presentar diferentes perfiles de efectos adversos: <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofeno a dosis inferiores a 1200 mg/día es relativamente menos gastrolesivo (<i>Nivel de evidencia 2+</i>)²⁹. - Naproxeno se asocia a menor riesgo de complicaciones cardiovasculares (<i>AG</i>)³⁰. - No administrar dosis altas de ibuprofeno (>2400mg/día) a pacientes con patología cardiovascular grave como insuficiencia cardíaca (clasificación II-IV de New York Heart Association - NYHA), cardiopatía isquémica establecida, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular¹.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 192 355 376">4^º APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En los pacientes que precisen gastroprotección por riesgo elevado de hemorragia digestiva, se recomienda como fármaco de elección omeprazol 20 mg/día (AG)¹. - La asociación paracetamol con AINEs puede recomendarse en caso de artrosis de cadera y/o rodilla (Recomendación C)¹. <p data-bbox="411 421 501 451">2ª línea</p> <p data-bbox="411 482 1359 588">Ante el control insuficiente del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF) se recomienda añadir y/o sustituir medicamentos de primera línea por opioides menores. Se deberá individualizar la dosis, en función de las características personales del paciente (AG).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol, se recomienda titular la dosis, iniciando con 50-100 mg/24h, ajustando la dosis hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF). No superar la dosis máxima de 400 mg/día. Una vez controlado el dolor se puede pasar a la forma retardada equianalgésica (Nivel de evidencia A2)¹. <p data-bbox="435 788 1359 895">En los pacientes frágiles o de edad avanzada, se recomienda iniciar con dosis menores y titulación más lenta, empleando gotas o solución en pulsaciones cada 8 horas (AG).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codeína, se recomienda en caso de intolerancia o efectos secundarios a tramadol. Iniciar con dosis de 30 mg/8h ajustándola hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF). No superar la dosis máxima de 240 mg/día. Algunos pacientes pueden requerir, desde el inicio, dosis menores y titulación más lenta (AG). • En pacientes con antecedentes de estreñimiento, se recomienda el uso preventivo de laxantes (AG). <p data-bbox="411 1238 501 1269">3ª línea</p> <p data-bbox="411 1299 1359 1565">Si no hay un control suficiente de la intensidad del dolor y de su impacto (EVN, BPI-SF), puede valorarse la indicación de opioides mayores teniendo en cuenta que sólo han demostrado eficacia a corto plazo (< 12 semanas), sin pruebas de beneficio a mayor tiempo, y con daños sí probados^{1,3,5,6}. No obstante, y aunque alguna guía no recomienda su uso⁵, otras proponen considerarlos ante el control insuficiente del dolor y su impacto en pacientes seleccionados (Recomendación IIB)¹ bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones previas: <ul style="list-style-type: none"> a. Optimizar las intervenciones no farmacológicas y el tratamiento farmacológico no opioide (Recomendación fuerte)² y añadir opioides solo si los beneficios esperados en control del dolor y su impacto superan los riesgos (Recomendación A)³. <div data-bbox="1305 1790 1353 1831" style="text-align: right;">  </div>


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="236 190 408 374">4º APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 190 1414 339">b. Realizar una evaluación exhaustiva de la historia psicosocial, la presencia o no de problemas psiquiátricos, el riesgo de adicción de forma estructurada (bajo, medio, alto) (<i>Recomendación B</i>)¹ y el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol) y drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína) (<i>Recomendación A</i>)¹. <li data-bbox="496 369 1414 553">c. Se recomienda la estratificación de riesgo de abuso de opioides utilizando la Opioid Risk Tool (ORT)³¹ (http://www.cadime.es/files?fid=13) por su facilidad de uso (<i>AG</i>) teniendo en cuenta su baja precisión al clasificar a pacientes de bajo riesgo¹. El SOAP-R (<i>AG</i>)²⁸, más extenso, ha demostrado un mayor nivel de sensibilidad y especificidad (https://www.painedu.org/) <li data-bbox="496 584 1414 733">d. No se recomienda el uso de opioides mayores en pacientes con trastorno activo por abuso de sustancias (<i>Recomendación fuerte</i>)² y se sugiere optimizar otras alternativas en aquellos con historial de este trastorno o enfermedad mental activa (<i>Recomendación débil</i>)². <li data-bbox="496 764 1414 866">e. Hacer un balance compartido médico-paciente del riesgo/beneficio, estableciendo objetivos realistas (<i>Recomendación A</i>)³ en cuanto al dolor y a la funcionalidad. <li data-bbox="496 897 1414 968">f. Informar de los efectos secundarios más comunes como náuseas y estreñimiento (<i>Recomendación B</i>)¹. <li data-bbox="496 999 1414 1071">g. Acordar conjuntamente con el paciente las estrategias de retirada del tratamiento en caso de no alcanzar los objetivos esperados (<i>Recomendación A</i>)³. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="475 1101 791 1132">• Recomendaciones de uso: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 1163 1414 1346">a. Informar al paciente de los beneficios, riesgos y efectos adversos (<i>Recomendación B</i>)¹, asegurando una comunicación efectiva que sirva para favorecer su participación en el tratamiento, permitir la realización de actividades de la vida diaria, las conductas de mala adaptación a la enfermedad y la utilización inadecuada de estos medicamentos (<i>Nivel de evidencia B</i>)¹. <li data-bbox="496 1377 1414 1602">b. Se recomienda titulación³² (http://www.cadime.es/files?fid=35) con opioides de liberación rápida (<i>Recomendación A</i>)³ hasta la mínima dosis efectiva, pudiendo sustituirse posteriormente por un opioide de acción retardada. Después de la titulación, los opioides de acción rápida de rescate no deberían ser usados diariamente¹. Es posible también titular con preparaciones de liberación prolongada³³. <li data-bbox="496 1633 1414 1817">c. Individualizar la dosis y seguir un enfoque escalonado hasta alcanzar el objetivo. En general, se recomienda tener especial precaución con el uso de opioides en dosis diaria equivalente de morfina superior a 50 mg (<i>Recomendación A</i>)³ (<i>Recomendación débil</i>)² y evitar dosis superiores a 90 mg/día (<i>Recomendación A</i>)³ (<i>Recomendación fuerte</i>)².





Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 192 277 220">4^º</p> <p data-bbox="177 226 347 374">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="435 192 1359 302">d. En pacientes que estén usando dosis diarias equivalentes de morfina de 90 mg o más se recomienda reducir la dosis a la mínima efectiva incluso valorando la retirada progresiva del tratamiento (<i>Recomendación débil</i>)². <li data-bbox="435 329 1359 439">e. En general debe evitarse el uso conjunto de opioides de liberación inmediata junto con opioides de acción retardada, dado el riesgo potencial de abuso y escalada de dosis (<i>Recomendación de expertos</i>)³. <li data-bbox="435 466 1359 539">f. Evitar en lo posible la prescripción simultánea de opioides mayores con benzodiazepinas y/o con opioides menores (<i>Recomendación A</i>)³. <li data-bbox="435 566 1359 676">g. Monitorizar los resultados (<i>Nivel de evidencia A</i>)¹ comprobando si se han alcanzado los objetivos previstos y la aparición de posibles contraindicaciones absolutas o relativas y de conductas aberrantes (<i>Recomendación B</i>)¹. <li data-bbox="435 703 1359 776">h. Se dejará constancia en la Historia de Salud de los objetivos y acuerdos alcanzados (<i>Nivel de evidencia B</i>)¹. <li data-bbox="435 803 1359 950">i. Deben evaluarse los beneficios y daños de la terapia en el plazo de una a cuatro semanas del inicio o escalada de dosis y reevaluar al menos cada tres-cuatro meses (<i>Recomendación fuerte</i>³, <i>ID</i>)¹. Solo se mantendrá si existe alivio del dolor y los beneficios superan los riesgos (<i>Recomendación A</i>³, <i>Recomendación B</i>)¹. <li data-bbox="435 977 1359 1124">j. Se recomienda el seguimiento más estrecho en pacientes con mayor riesgo: antecedentes psiquiátricos o de consumo de sustancias, si toman 50 mg equivalentes a morfina o más, si el paciente usa opioides combinados con benzodiazepinas. <li data-bbox="435 1150 1359 1297">k. Se recomienda que el uso de opioides en personas mayores se realice con unas precauciones adecuadas: uso de dosis de inicio más bajas, titulación más lenta, monitorización más frecuente y deshabitación a las benzodiazepinas o reducción de la dosis si no se pueden abandonar. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="413 1324 1359 1471">• Opioides mayores vía oral: Han demostrado una eficacia y tolerancia similar³² y presentan una moderada eficacia en algunos síndromes que cursan con dolor crónico. Entre los opioides mayores la morfina es el opioide de referencia por ser el de mayor experiencia de uso y el más costo-efectivo (<i>Recomendación I</i>)¹. <li data-bbox="413 1498 1359 1645">• Fentanilo TTS: Se recomienda fentanilo TTS en pacientes que han perdido la disponibilidad de la vía oral, por náuseas y vómitos (<i>Recomendación C</i>)¹. Para su inicio se calculará la dosis diaria equianalgésica de morfina y realizarán los ajustes necesarios (<i>AG</i>). <li data-bbox="413 1671 1359 1819">• Reducción / Suspensión de opioides mayores: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="435 1743 1359 1819">- Ante la ausencia de eficacia (EVN, BPI-SF), aparición de tolerancia o hiperalgesia, y/o la presencia de efectos adversos difíciles de tolerar, se recomienda reducir

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="225 165 424 214">4º</p> <p data-bbox="225 214 424 369">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="424 165 1426 320">la dosis gradualmente³² o cambiar a otro opioide (<i>Recomendación B</i>)¹. Incluso plantearse la suspensión gradual de dicho tratamiento proporcionando apoyo multidisciplinar en caso de necesidad (<i>Recomendación fuerte</i>)².</p> <ul data-bbox="424 320 1426 752" style="list-style-type: none"> - Si los pacientes creen que los beneficios del tratamiento no superan a los riesgos, o si solicitan una reducción de la dosis o interrupción del tratamiento, se procederá a una suspensión escalonada del mismo lo antes posible. - Si se sospechan de conductas aberrantes (abuso, mal uso o dependencia) considerar la derivación a unidades de deshabituación. - En los pacientes que usan dosis superiores al equivalente de 90-100 mg/día de morfina de cualquier opioide (<i>Nivel de evidencia D</i>)¹ y no ha sido posible reducir la dosis, es recomendable consultar con profesionales vinculados a las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) (<i>Recomendación C</i>)¹ por el riesgo de dependencia (<i>Nivel de evidencia B</i>)¹. <p data-bbox="424 772 1426 813">4.4.2 DOLOR NEUROPÁTICO:</p> <p data-bbox="424 833 1426 874">1ª línea^{1,7}</p> <ul data-bbox="424 895 1426 1853" style="list-style-type: none"> • Amitriptilina oral a dosis de 10 mg/24h nocturna, con aumento cada 3-5 días ajustando la dosis hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF) con dosis máximas de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50mg, (<i>Recomendación B</i>)¹. Otros antidepresivos tricíclicos, como nortriptilina e imipramida, pueden ser una alternativa a amitriptilina si no se toleran sus efectos adversos (<i>Recomendación A-1</i>)¹. El uso de antidepresivos tricíclicos está contraindicado en caso de enfermedad cardíaca, glaucoma o hiperplasia benigna de próstata y no se recomienda en personas de edad avanzada (AG). • Pregabalina o gabapentina son opciones de igual eficacia, diferenciándose en la posología cada 12 u 8 horas respectivamente, como medicamentos de primera línea (<i>Recomendación A-1</i>)¹. La pregabalina tiene una posología más cómoda, comenzando con 25 mg/12 h y ajustando la dosis cada 3 a 7 días hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF) con dosis máximas de 300 mg/12h (<i>Recomendación A-1</i>)¹. La gabapentina con dosis de inicio de 300 mg/día, y dosis máxima de 3600 mg/día (<i>Recomendación B</i>)¹. En lumbalgia o dolor radicular, los gabapentinoides son inefectivos para aliviar el dolor, y aumentan el riesgo de efectos adversos un 40% (somnolencia, mareos, náuseas), por lo que no se justifica su uso en estas situaciones². • Duloxetina recomendada en la neuropatía diabética, iniciando la dosis con 60 mg/día, ajustando hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF) sin superar los 120 mg/día⁷.





Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 192 277 220">4^º</p> <p data-bbox="177 226 347 374">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul data-bbox="427 192 1359 298" style="list-style-type: none"> • Si el tratamiento no es efectivo a la dosis máxima del primer fármaco seleccionado, o no es tolerado, se debe cambiar a otro fármaco de la 1ª línea. Si no es efectivo o tolerado, cambiar nuevamente a otro diferente. <p data-bbox="411 329 504 357">2ª línea</p> <p data-bbox="411 390 1359 537">Ante el control insuficiente del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF) con medicamentos de la 1ª línea, se recomienda añadir un segundo medicamento, de distinto grupo terapéutico: amitriptilina o imipramina o nortriptilina se asocian a pregabalina (AG)⁷ o a gabapentina (<i>Recomendación A</i>)¹.</p> <p data-bbox="411 568 504 596">3ª línea</p> <p data-bbox="411 629 1359 735">Ante un control insuficiente del dolor y su impacto (EVN, BPI-SF) con medicamentos de la 2ª línea se recomienda cambiar o añadir alguno de los fármacos siguientes (<i>Nivel de evidencia B</i>)¹:</p> <ul data-bbox="427 768 1359 1518" style="list-style-type: none"> • Tramadol, se recomienda su uso como medicación de rescate si el dolor no se controla con medicamentos de 2ª línea. No se recomienda su uso crónico⁷, iniciándolo con dosis de 50 mg/8 h. • Lidocaína al 5% está indicada en apósitos adhesivos para tratamiento de la neuralgia postherpética en pacientes en los que otros tratamientos han sido ineficaces (<i>Recomendación B</i>)¹, o en los que hay dificultad para el uso de la vía oral (AG). • Capsaicina tópica, como crema 0,075%: puede ser útil en el dolor neuropático periférico, pero con menor eficacia que los medicamentos orales (<i>Recomendación A</i>)¹. Se puede recomendar cuatro veces al día en pacientes en los que otros tratamientos han sido ineficaces o en los que hay dificultad para el uso de la vía oral. • Parches de capsaicina tópica (8%): pueden ser útiles en dolor neuropático periférico cuando los fármacos de 1ª línea, solos y asociados, no han sido efectivos o no son tolerados (<i>Recomendación A</i>)¹. Algunas guías lo restringen a entornos especializados⁷. Debido a sus riesgos deben ser aplicados y retirados siempre por un médico con experiencia, o personal sanitario bajo la supervisión de un médico con experiencia. <p data-bbox="411 1551 1359 1657">Si el dolor no se controla con estos medicamentos, y de acuerdo a la modesta eficacia demostrada por los opioides, debe considerarse la derivación a una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) para valoración de técnicas intervencionistas (AG).</p> 

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="225 165 424 204">4º</p> <p data-bbox="225 204 424 367">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="424 165 1426 204">4.4.3 DOLOR MIXTO (NOCICEPTIVO+NEUROPÁTICO)</p> <p data-bbox="424 204 1426 347">Se debe seguir una pauta escalonada como en el dolor nociceptivo y en el dolor neuropático, siguiendo ambos esquemas de tratamiento y añadiendo desde el principio tratamiento específico para el componente neuropático (AG).</p> <p data-bbox="424 347 1426 388">4.5 PROCEDIMIENTOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS</p> <ul data-bbox="424 388 1426 1246" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 388 1426 490">• Se entiende por procedimientos mínimamente invasivos las infiltraciones locales con corticosteroides en articulaciones, éntesis, bursas o puntos gatillo (AG). <li data-bbox="424 490 1426 674">• Se recomienda tener presente desde el primer momento los procedimientos mínimamente invasivos, incluso en dolores de intensidad leve-moderada, ya que pueden abortar el curso temporal del dolor y prevenir su cronificación y los fenómenos de sensibilización central (AG). <li data-bbox="424 674 1426 878">• Se atenderá siempre a las particularidades clínicas del paciente y se evaluará cuidadosamente el balance riesgo/beneficio, haciendo un uso juicioso de estos procedimientos, especialmente en el caso de infiltraciones articulares y en tendinopatía del manguito rotador y en aquellos pacientes que sean subsidiarios de un futuro tratamiento quirúrgico (AG). <li data-bbox="424 878 1426 981">• Es recomendable disponer de un diagnóstico etiológico antes de su utilización, e imprescindible el haber descartado malignidad o proceso infeccioso (AG). <li data-bbox="424 981 1426 1124">• (ii) Se informará al paciente del procedimiento propuesto, así como de sus posibles complicaciones, y se obtendrá el consentimiento cumplimentando el formulario correspondiente¹⁶. <li data-bbox="424 1124 1426 1246">• Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la realización de la exploración clínica^{11,12} . <p data-bbox="424 1246 1426 1287">4.6 INTERVENCIÓN FÍSICA Y REHABILITADORA</p> <p data-bbox="424 1287 1426 1430">Incluye diferentes modalidades de actuaciones y se recomendarán según las características del paciente con dolor crónico. (ii) Se informará del procedimiento a realizar, de modo adecuado, de los riesgos, beneficios y alternativas.</p> <p data-bbox="424 1430 1426 1471">Programa de ejercicio físico:</p> <ul data-bbox="424 1471 1426 1853" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 1471 1426 1614">• Se recomendará a todos los pacientes. Debe ser individualizado y basado en la exploración física, la capacidad funcional y el impacto del dolor (AG)⁴. (Anexo orientación ejercicio). <li data-bbox="424 1614 1426 1676">• El programa tendrá un enfoque integrador y progresivo. <li data-bbox="424 1676 1426 1853">• La inclusión del programa de actividad y ejercicio físico como parte de la rutina diaria del paciente y la supervisión de éste por profesionales médicos, enfermería o fisioterapia, ayudan al cumplimiento de los objetivos, así como la adherencia a largo plazo (AG). 


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 192 277 220">4^º</p> <p data-bbox="177 226 347 376">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul data-bbox="427 192 1359 1152" style="list-style-type: none"> • Las actividades se adaptarán a las características propias del paciente y la patología, ajustando el tipo, la duración, intensidad y frecuencia de éstas. • Debe ser coherente con los objetivos realistas planteados en el plan terapéutico integral, considerando el pronóstico clínico-funcional (AG). • Debe tenerse en cuenta las preferencias del paciente a la hora de indicar los ejercicios, ya que ningún ejercicio físico ha mostrado ser mejor que otro. • Debe considerarse la participación de la familia o la persona que cuida en casos seleccionados, según las características propias del paciente y tipo de patología (AG). • La actividad física y el ejercicio (aeróbico, de fortalecimiento, rango de movimiento y programas de entrenamiento central o de equilibrio, así como el yoga, pilates y tai chi) han demostrado ser potencialmente beneficiosos, pueden disminuir la intensidad del dolor, mejorar la función física y la calidad de vida con escasos efectos adversos. • La prescripción debe incluir ejercicios globales de columna, miembros superiores e inferiores, higiene postural, relajación y estiramientos (AG). • Se recomienda el ejercicio físico aeróbico regular para aumentar la capacidad cardiovascular y la resistencia. • Los pacientes con lumbalgia deberán recibir específicamente consejos sobre mantener la actividad física (Recomendación A)¹, así como en aquellos con cervicalgia (Recomendación B)¹. <p data-bbox="427 1177 967 1210">Intervención individual sobre actividad física:</p> <ul data-bbox="427 1238 1359 1643" style="list-style-type: none"> • Todos los pacientes recibirán al menos una intervención terapéutica mínima, que incluye la entrega de materiales escritos con consejos sobre higiene postural, consejo básico ocupacional, y mantener la actividad física y otros materiales específicos adaptados a la enfermedad y a la zona corporal donde presenta el dolor (AG) (Anexo orientación ejercicio). El consejo de mantenerse activo debe reforzarse especialmente en los pacientes con lumbalgia. • Algunos pacientes con menos capacidad de autogestión recibirán apoyo y supervisión médica y/o enfermera mediante entrevistas programadas (mínimo 2), con una periodicidad quincenal, con el objetivo de facilitar el aprendizaje del ejercicio y la adherencia al mismo (AG).



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="225 165 424 204">4^o</p> <p data-bbox="225 204 424 367">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="424 165 1426 204">Intervención grupal sobre ejercicio físico:</p> <ul data-bbox="424 204 1426 613" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 204 1426 470">• Forma parte del programa de intervención psicoeducativa grupal, iniciándose a la 5ª semana de la intervención psicoeducativa grupal, con 2 sesiones semanales de 30 minutos (Anexo Psicoeducativo y Anexo Ejercicio Físico). Para mejorar la adherencia al ejercicio físico se debe tener en cuenta la supervisión de las sesiones (<i>Recomendación B</i>)¹; la entrega de material suplementario (<i>Recomendación C</i>)¹¹ y la combinación de ejercicios en el hogar y en grupo (<i>Recomendación B</i>)¹. <li data-bbox="424 470 1426 613">• Debe considerarse un programa de ejercicios en grupo (biomecánico, aeróbico, mente-cuerpo o combinación de enfoques) en personas con un episodio específico o crisis de dolor lumbar con o sin ciática⁸. <p data-bbox="424 613 1426 654">Terapia Física (TF):</p> <ul data-bbox="424 654 1426 1389" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 654 1426 817">• Las terapias físicas pasivas deben realizarse sólo como complemento de la TF activa o de un programa de ejercicios. Los tratamientos físicos pasivos proporcionan sólo alivio del dolor a corto plazo. <li data-bbox="424 817 1426 1042">• Aplicación de TENS, de baja o alta frecuencia, en el dolor crónico (<i>Recomendación A</i>)¹. Se recomendarán en algunos pacientes dependiendo de la enfermedad de base, la localización del dolor y la respuesta a la aplicación del PTI (<i>Recomendación B</i>)¹, especialmente en la lumbalgia (<i>Recomendación A</i>)¹ y en pacientes con artrosis⁶. <li data-bbox="424 1042 1426 1124">• El uso de calor o frío local debe considerarse como un complemento del tratamiento básico en la artrosis⁶. <li data-bbox="424 1124 1426 1389">• La terapia manual (movilización, manipulación y masaje) debe ser tenida en cuenta en la lumbalgia crónica como parte de un paquete de tratamiento que incluye ejercicio, con o sin terapia psicológica⁴⁰. En la cervicalgia crónica (<i>Recomendación B</i>)¹, se recomienda en combinación con consejo, estiramientos y ejercicio (<i>Recomendación fuerte</i>)². También se tendrá en cuenta como complemento del tratamiento en artrosis de cadera⁶. <p data-bbox="424 1389 1426 1533">Se le entregará el formulario de consentimiento informado¹⁶ del procedimiento a realizar recomendándole su lectura reflexiva, manifestando una actitud facilitadora para atender a sus dudas y preguntas en todo momento .</p> <p data-bbox="424 1533 1426 1573">4.7 DISPOSITIVOS Y AYUDAS TÉCNICAS:</p> <ul data-bbox="424 1573 1426 1819" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 1573 1426 1676">• En pacientes con artrosis debe considerarse la prescripción de dispositivos de asistencia (bastones, rotadores). <li data-bbox="424 1676 1426 1819">• En caso de dolor articular o inestabilidad biomecánica, considerar la derivación para la valoración de soportes articulares o plantillas como complemento del tratamiento básico⁶. <p data-bbox="1372 1778 1426 1845"></p>

Actividades	Características de calidad
<p>4^º APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer asesoramiento sobre el calzado adecuado en artrosis de miembros inferiores⁶. • En pacientes con lumbalgia crónica no se deberán recomendar cinturones, corsés, ortesis plantares ni calzado de suela basculante⁸. <p>4.8 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ORIENTARÁ EL PLAN DE CUIDADOS (NOC)¹⁹ A:</p> <p>Expresión del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 210201 Dolor verbalizado/ expresado • 210204 Duración de los episodios de dolor • 210206 Expresión facial del dolor <p>Perturbación Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • 210110 Alteración del estado de ánimo • 210112 Interrupción del sueño • 210101 Alteración de las relaciones interpersonales <p>Perturbación Física</p> <ul style="list-style-type: none"> • 210134 Deterioro de la actividad física • 210129 Interferencia con las actividades de la vida diaria • 210113 Deterioro de la movilidad física <p>Perturbación Laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • 210130 Deterioro del rendimiento laboral <p>Conocimientos sobre el dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 184312 Efectos adversos de la medicación • 184323 Técnicas de relajación eficaces • 184303 Estrategias para controlar el dolor • 184337 Estrategias de gestión para la prevención del dolor • 184304 Estrategias para gestionar el dolor crónico <p>Conocimiento transmitido sobre su dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160513 Informa al profesional de la salud de los cambios en los síntomas del dolor





Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 336 220">4º</p> <p data-bbox="237 226 408 376">APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="488 190 879 220">Acciones para el control del dolor</p> <ul data-bbox="488 251 1155 282" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 251 1155 282">• 160504 Utiliza medidas de alivio del dolor no analgésicas <p data-bbox="488 312 884 343">Respuestas emocionales adversas</p> <ul data-bbox="488 374 1177 649" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 374 719 404">• 130612 Impotencia <li data-bbox="488 435 715 466">• 130609 Depresión <li data-bbox="488 496 699 527">• 130610 Ansiedad <li data-bbox="488 558 884 588">• 130620 Pensamientos pesimistas <li data-bbox="488 619 1177 649">• 130618 Enfado debido a los efectos perturbadores del dolor <p data-bbox="488 680 767 711">Percepción de amenaza</p> <ul data-bbox="488 741 903 772" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 741 903 772">• 130617 Temor al dolor insoportable <p data-bbox="488 803 778 833">Satisfacción del paciente</p> <ul data-bbox="488 864 1417 1171" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 864 1043 895">• 301604 Acciones realizadas para aliviar el dolor <li data-bbox="488 925 1034 956">• 301602 Seguimiento regular del nivel del dolor <li data-bbox="488 987 1262 1017">• 301610 Se han usado medidas preventivas para la gestión del dolor <li data-bbox="488 1048 783 1079">• 301601 Dolor controlado <li data-bbox="488 1109 1417 1171">• 301615 Los profesionales sanitarios trabajan como un equipo para manejar el dolor <p data-bbox="488 1201 791 1232">Información / Orientación</p> <ul data-bbox="488 1263 927 1293" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 1263 927 1293">• 301614 Derivación a grupos de apoyo

Actividades	Características de calidad
<p>5º SEGUIMIENTO</p>	<p>5.1 El seguimiento del PTI será individualizado en función de la patología de base, las características del paciente y el tipo de intervenciones que contenga dicho Plan. Al menos se recomienda (AG):</p> <p>Al mes de indicar el PTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una evaluación de la repercusión sobre la capacidad funcional (BPI-SF si se había utilizado previamente) y una valoración de la intensidad del dolor mediante escalas. • Si se ha conseguido un alivio del dolor clínicamente significativo, se mantendrá el PTI instaurado y se volverá a evaluar a los 3 meses de su aplicación. • Si no se produce la mejoría, se reevaluarán las creencias, expectativas y la adherencia al PTI y se ajustarán las diferentes intervenciones. • En el caso del tratamiento farmacológico el ajuste se hará de acuerdo con una pauta escalonada. <p>Pasados los 6 meses del inicio del PTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la situación es de estabilidad, con poca probabilidad de cambio, se planteará un seguimiento semestral, con el mantenimiento de los hábitos de vida saludable, las recomendaciones de automanejo derivadas de la intervención psicoeducativa y el desescalado del tratamiento farmacológico (AG). • Si la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos realistas pactados previamente con el paciente y la adherencia al PTI ha sido adecuada, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico de difícil control, tributario de interconsulta a la UTD (AG). <p>Durante el seguimiento del PTI (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se gestionará una cita con el servicio de Rehabilitación cuando se considere la necesidad de ayudas técnicas o la realización de técnicas de terapia manual, o cuando se consideren necesarios procedimientos intervencionistas mínimamente invasivos no disponibles en AP. • Se retirarán los fármacos que no hayan conseguido los objetivos terapéuticos pactados (AINEs, opioides) (<i>Recomendación ID</i>)¹. • Se revisarán posibles abusos de uso en caso de opioides mayores, proponiendo deprescripción o derivación a Unidades de Drogodependencias en caso de no ser posible su manejo. • Si se indica tratamiento con opioides mayores, se añadirán las revisiones recomendadas para el ajuste de dosis (titulación o desescalada) y la valoración de efectos adversos. 

Actividades	Características de calidad
<p>5º SEGUIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se gestionará interconsulta con la UTD para (AG): <ul style="list-style-type: none"> - La aplicación de técnicas invasivas, así como procedimientos intervencionistas no desarrollados previamente, de acuerdo con los criterios de derivación y cartera de servicios de las UTD. - La rotación/cambio de opioides por aparición de efectos adversos del Sistema Nervioso Central(SNC) (cita recomendada en un plazo inferior a 48 horas). - El uso de dosis superiores a 90mg/día de morfina o dosis equianalgésicas de otros opioides mayores si no ha sido posible la desescalada en AP con dolor de difícil control (la cita recomendable en un plazo inferior a 1 mes). <p>5.2 (i) Se comprobará que el paciente ha comprendido la información sobre el Plan Terapéutico y se dejará registro documental de dicha información en la Historia de Salud.</p> <p>5.3 Se elaborará un informe, para los distintos ámbitos de AP-AH, que debe constar de datos clínicos relevantes en relación al dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de evolución del Plan Terapéutico: intervenciones realizadas y Plan Individualizado de Enfermería. • Valoración de la intensidad del dolor y funcionalidad con los resultados de las herramientas utilizadas. <p>5.4 El Plan de Cuidados (NOC)¹⁹ irá orientado a:</p> <p>Conocimiento transmitido sobre su dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160513 Informa al profesional de la salud de los cambios en los síntomas del dolor <p>Acciones para el control del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160504 Utiliza medidas de alivio del dolor no analgésicas <p>Conocimientos sobre el dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • 184312 Efectos adversos de la medicación • 184323 Técnicas de relajación eficaces • 184303 Estrategias para controlar el dolor • 184337 Estrategias de gestión para la prevención del dolor • 184304 Estrategias para gestionar el dolor crónico <p>Respuestas emocionales adversas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 130612 Impotencia • 130609 Depresión



Actividades	Características de calidad
5º SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• 130610 Ansiedad• 130620 Pensamientos pesimistas• 130618 Enfado debido a los efectos perturbadores del dolor <p>Percepción de amenaza</p> <ul style="list-style-type: none">• 130617 Temor al dolor insoportable

Actividades	Características de calidad
<p>6º EVALUACIÓN</p>	<p>6.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) .</p> <p>6.2 Se valorará, en todos los pacientes, el diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamiento previo y actual, tanto farmacológico como no farmacológico, solicitándose nuevas pruebas complementarias en caso necesario para complementar la evaluación (AG).</p> <p>6.3 Se evaluará al paciente mediante la aplicación del protocolo “Exploración Psicológica Prequirúrgica”¹ para la identificación de aquellas variables psicosociales que, junto con las indicaciones médicas, se constituyen en predictoras de los buenos o malos resultados de las intervenciones efectuadas para el tratamiento de los síndromes de dolor crónico.</p> <p>6.4 Una vez evaluado, se aplicarán las siguientes actuaciones según el motivo de la interconsulta:</p> <p>UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS INVASIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entienden como tales las “técnicas mínimamente invasivas” comentadas con anterioridad y las técnicas invasivas complejas. • Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la realización de exploración clínica^{11, 12}  . • Se deberán adecuar las técnicas (AG): <ul style="list-style-type: none"> - Al diagnóstico, particularmente en las personas con dolor crónico de difícil control y cuadros dolorosos localizados. - A las características individuales del paciente. - A la valoración psicológica prequirúrgica (AG)¹. - Se tendrán en cuenta las preferencias del paciente ante procedimientos de eficacia similar disponibles en cada unidad. • Se solicitará, en caso de ser necesario para la aplicación de la técnica, valoración en la consulta de preanestesia siguiendo las recomendaciones del PAI Atención al Paciente Quirúrgico³⁴ (AG). •  Se informará a todos los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Sobre el procedimiento que se le va a realizar y sus posibles efectos secundarios y alternativas. - La necesidad de completar formulario de consentimiento informado¹⁶.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="181 190 338 257">6º EVALUACIÓN</p>	<p data-bbox="424 190 1359 257">ROTACIÓN/CAMBIO DE OPIOIDES POR EFECTOS ADVERSOS DEL SNC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="424 292 1359 400">• Se valorarán las circunstancias relacionadas con los efectos adversos (deshidratación, edad, comorbilidad), el tipo y dosis de opioides utilizados y otros medicamentos con acción sobre el SNC (AG). <li data-bbox="424 431 1359 615">• Tras el ensayo de alguno de los opioides utilizados inicialmente (morfina, oxiconona, hidromorfona), y ante la ausencia de eficacia por aparición de tolerancia y/o la presencia de efectos adversos difíciles de tolerar, se recomienda reducir la dosis gradualmente o cambiar a otro opioide por vía oral (morfina, oxiconona, hidromorfona, o transdérmica (Fentanilo TTS) (Recomendación B)¹. <li data-bbox="424 645 1359 1855">• Para el proceso de cambio de un opioide a otro: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="448 697 1359 805">- Calcular la dosis diaria equivalente de morfina del opioide que venía tomando y la del nuevo opioide a indicar. Para ello se tendrá en cuenta que las tablas equianalgésicas y calculadoras existentes son solo orientativas (AG)³⁵. <li data-bbox="448 835 1359 1167">- Reducir la dosis calculada del nuevo opioide entre el 25 y el 50%, según las características individuales del paciente, la tolerancia cruzada que pueda existir entre los opioides y la dosis alcanzada con el opioide inicial. Este margen de seguridad trata de evitar la sobredosificación durante el cambio de opioide. En el caso de la metadona la reducción se establecerá en el 75-90% de la dosis calculada. Adicionalmente a la primera reducción se podrá realizar una segunda reducción de un 15-30% según factores como intensidad del dolor, presencia de insuficiencia hepática, renal o respiratoria, o riesgo psicosocial de mal uso de opioides, (Recomendación C)¹. <li data-bbox="448 1197 1359 1381">- Reducir/iniciar las dosis de ambos opioides de forma escalonada y con progresión de los cambios de aproximadamente el 30% cada 3 días. Para completar el cambio en un periodo mínimo de 7-10 días, el periodo de ajuste puede ser mayor según los casos. Los ceses o inicios bruscos pueden provocar síndrome de abstinencia o efectos adversos por sobredosificación (AG)^{35, 36}. <li data-bbox="448 1412 1359 1855">- Otros opioides que considerar en la rotación ante la no consecución de los objetivos de control con los utilizados inicialmente: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 1483 1359 1719">- Metadona. Es costo eficiente, especialmente en pacientes adictos a opioides (Recomendación A)¹, pudiéndose utilizar en último lugar de la selección escalonada de opioides (Nivel de evidencia A)¹. Su dosificación es complicada por su larga vida media y tendencia a la acumulación. Se asocia a mayor riesgo de muerte por sobredosis (Recomendación C)¹ y requiere mayor experiencia. <li data-bbox="480 1749 1359 1855">- Buprenorfina transdérmica. Aunque con efecto limitado sobre la intensidad del dolor, supone una alternativa de tratamiento para los pacientes adictos con dolor crónico, al igual que la metadona (Recomendación A)¹.

Actividades	Características de calidad
<p>6º EVALUACIÓN</p>	<p>EL USO DE DOSIS SUPERIORES A 90 mg/día DE MORFINA O DOSIS EQUIANALGÉSICAS DE OTROS OPIOIDES MAYORES EN UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se establecerán los incrementos en la dosis diaria hasta alcanzar el control del dolor y su impacto, valorando el grado de tolerancia y riesgos o aparición de efectos adversos (dosis equianalgésicas \geq 200 mg/día de morfina, indican un nivel de tolerancia y riesgo de efectos adversos elevado) y se establecerá el ámbito y la periodicidad del seguimiento (AG)¹. • Durante la monitorización o seguimiento se deberá realizar evaluaciones periódicas de consecución de objetivos, aparición de efectos adversos y signos de adicción o utilización inadecuada de opioides (Recomendación B)¹. • Los test de valoración inicial del riesgo de dependencia, aunque permiten estratificar el riesgo, tampoco son suficientes para detectar estos problemas (Recomendación B)¹. • Los test urinarios y las monitorizaciones del consumo/prescripción no son suficientemente útiles para detectar los problemas de utilización de estos medicamentos (Recomendación C)¹. <p>6.5 (i) Se facilitará información clara y precisa al paciente y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>6.6 Se garantizará la transmisión de la información entre profesionales de distintos ámbitos de atención (AP-AH) mediante informe de seguimiento o alta para garantizar la continuidad asistencial (A).</p>

Competencias específicas del equipo profesional

En desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos/as los/as profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

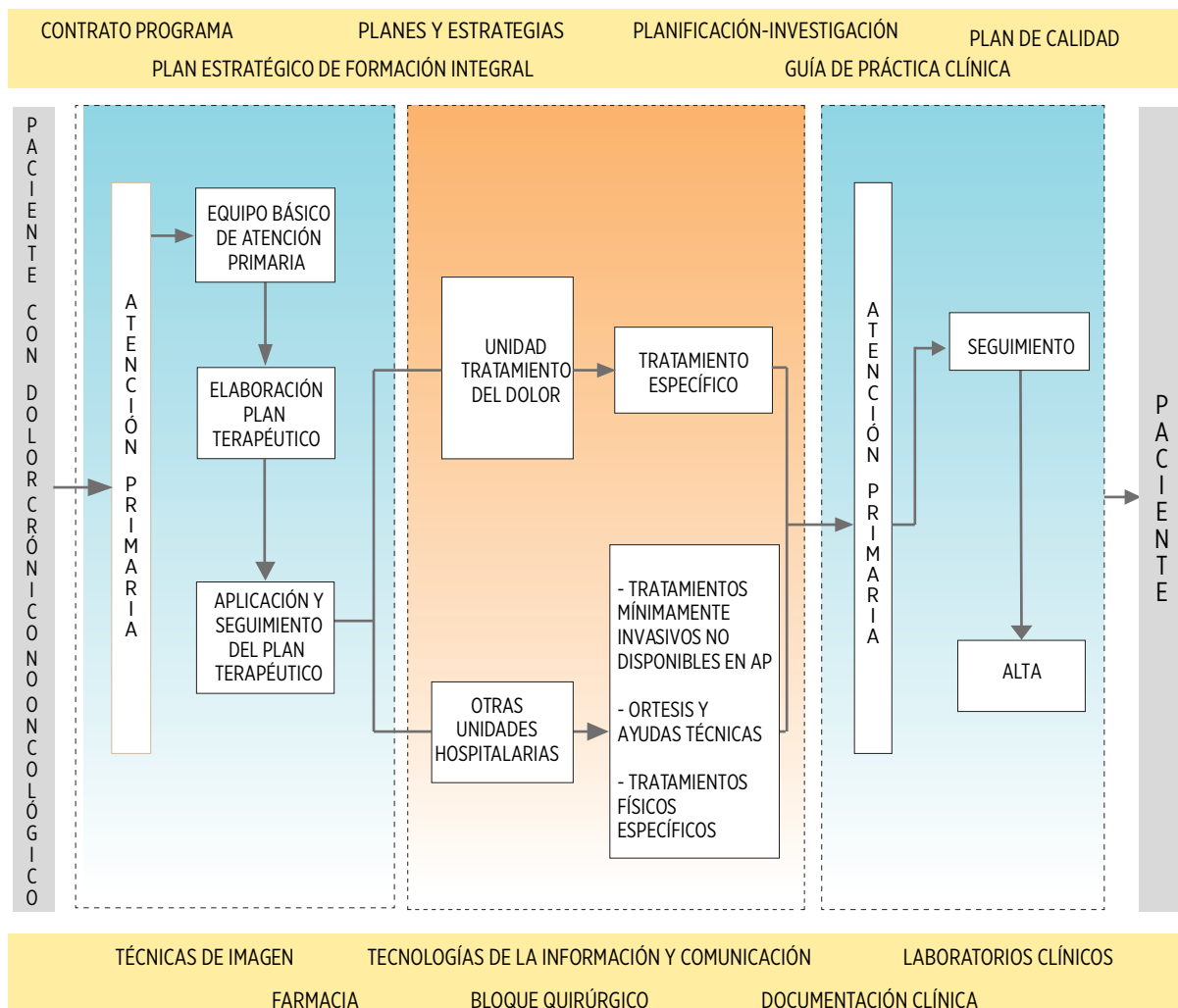
Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en el sitio web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo. Se inicia con el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto del paciente con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles. Prosigue con la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria, dándose continuidad a la asistencia de paciente/familia. Finaliza con la salida del PAI en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR, SIENDO CONSIDERADO COMO LA 5ª CONSTANTE
FÓRMULA	Número de pacientes incluidos en programa DCNO a los que se le hace escala EVN / Total de pacientes incluidos en programa DCNO.
DEFINICIÓN	Evaluar sistemáticamente la intensidad del dolor con la escala EVN.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La evaluación de la intensidad del dolor y su registro sirven de base para el posterior seguimiento del proceso y de la eficacia del tratamiento.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes incluidos en el PAI que presentan cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	DIRAYA.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	EVALUACIÓN COMPLETA CON LOS DATOS ESPECÍFICOS SOBRE EL SÍNDROME DOLOROSO
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una evaluación completa con los datos específicos sobre el síndrome doloroso x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Realizar una evaluación completa de los pacientes que presentan DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La evaluación completa en los pacientes que presentan DCNO es imprescindible para el conocimiento del caso y las medidas posteriores a aplicar.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes incluidos en el PAI que presentan cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
FÓRMULA	$\text{Número de pacientes a los que se les ha realizado valoración de la capacidad funcional} \times 100 / \text{Número de pacientes que presentan un cuadro de DCNO.}$
DEFINICIÓN	Realizar una valoración de la capacidad funcional en todos los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	En los pacientes con DCNO, y por las repercusiones subjetivas que se presentan es necesario la valoración de la capacidad funcional.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	EXPLORACIÓN DEL ÁREA PSICOEMOCIONAL
FÓRMULA	$\text{Número de pacientes a los que se les ha realizado exploración del área psicoemocional} \times 100 / \text{Número de pacientes diagnosticados de DCNO.}$
DEFINICIÓN	Realizar exploración psicoemocional en todos los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Es necesario para el abordaje de pacientes con diagnóstico de DCNO la necesidad de realizar una exploración psicoemocional.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS ESCALONADAS
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado intervenciones farmacológicas de forma escalonada x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Aplicación de intervenciones farmacológicas de forma escalonada como se definen en el Proceso Asistencial Integrado.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Las intervenciones farmacológicas en los pacientes que presentan diagnóstico de DCNO deben realizarse de forma escalonada.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	CAMBIO DE LINEA TERAPÉUTICA EN PACIENTES QUE NO ALCANZAN LOS OBJETIVOS DE CONTROL DE 2 PUNTOS EN LAS ESCALAS CORRESPONDIENTES
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado cambios en la línea terapéutica por no alcanzar los objetivos de control de 2 puntos en las escalas correspondientes x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO y que no alcanzaron los objetivos de control de 2 puntos en la escala correspondiente.
DEFINICIÓN	Cambio de línea terapéutica por no alcanzar los objetivos de control.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Necesidad de efectuar un cambio terapéutico en aquellos pacientes que no alcanzaron los objetivos de control.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA GENERALIZADA A TODOS LOS PACIENTES
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención psicoeducativa x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Intervención psicoeducativa en los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención psicoeducativa pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida mejorando la adaptabilidad al DCNO.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA INDIVIDUALIZADA
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención psicoeducativas individual x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Intervención psicoeducativa en los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención psicoeducativa pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida mejorando la adaptabilidad al DCNO.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA GRUPAL
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención psicoeducativa grupal x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Intervención psicoeducativa grupal en los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención psicoeducativa pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida mejorando la adaptabilidad al DCNO.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN REHABILITADORA-FÍSICA GENERAL PARA TODOS LOS PACIENTES (CONSEJO O PROGRAMA DE EJERCICIOS)
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención rehabilitadora-física x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Intervención rehabilitadora-física en los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención rehabilitadora física pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida mejorando la adaptabilidad al DCNO.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN REHABILITADORA-FÍSICA A LOS PACIENTES DE FORMA INDIVIDUAL (CONSEJO O PROGRAMA DE EJERCICIOS)
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención rehabilitadora-física de forma individual x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Intervención rehabilitadora-física de forma individual en los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención rehabilitadora física pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida mejorando la adaptabilidad al DCNO.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN REHABILITADORA-FÍSICA A LOS PACIENTES DE FORMA GRUPAL (CONSEJO O PROGRAMA DE EJERCICIOS)
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención rehabilitadora-física de forma grupal x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Intervención rehabilitadora-física de forma grupal en los pacientes diagnosticados de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención rehabilitadora física pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida mejorando la adaptabilidad al DCNO.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	TÉCNICAS INVASIVAS EN EL DCNO
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha aplicado una técnica invasiva en el tratamiento de su cuadro de DCNO de difícil control y adecuado a su cuadro y localización x 100/ Número de pacientes diagnosticados de DCNO.
DEFINICIÓN	Aplicación de técnicas invasivas en el tratamiento de cuadros de DCNO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención mediante técnica invasiva se aplicará en aquellos cuadros que no respondieron a las técnicas anteriores aplicadas según el PAI.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	CAMBIO DE OPIOIDE
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado un cambio de opioide, aplicando las reducciones porcentuales correspondientes, calculando para ello la dosis equivalente diaria del opioide que venía tomando y el nuevo indicado x 100 / Número de pacientes diagnosticados de DCNO y que se les realiza un cambio de opioide.
DEFINICIÓN	Cambio de opioide.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La necesidad de aplicar reducciones porcentuales en el cambio de opioide.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de DCNO.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA GRUPAL DE ALTA INTENSIDAD

La psicoeducación para personas con dolor crónico es un programa de tratamiento, desde un enfoque integral, cuyo objetivo es que estas personas puedan conocer más acerca de su malestar y que sean capaces de convivir y afrontar sus dificultades, reforzando sus recursos personales y habilidades.

Objetivos generales (AG)³⁷

- Reducir la experiencia de dolor y su impacto emocional.
- Fomentar la autoeficacia y el automanejo de la enfermedad, la reducción de la medicación y la dependencia de los agentes y profesionales de la salud.

Objetivos específicos (AG)^{37, 38}

- Reconceptualizar el dolor como un problema que puede ser manejable.
- Detectar las relaciones e influencias recíprocas entre los factores psicosociales y el dolor.
- Normalizar las creencias y el procesamiento de la información (mitos, miedos).
- Enseñar estrategias de afrontamiento activo para hacer frente al dolor.
- Incrementar el rango y el nivel de actividad física según las características de cada paciente.
- Facilitar el mantenimiento y la generalización de los resultados obtenidos y prevenir recaídas.
- Favorecer la alianza de trabajo con el equipo terapéutico y los canales de comunicación con la familia.
- Mejorar la situación laboral.

Inclusión en el grupo^{39, 40}

- Personas con dolor crónico que han mostrado pobres resultados con las intervenciones psicoeducativas de baja intensidad.
- Personas en las que se consideran importantes los factores biopsicosociales en la etiología y el mantenimiento del dolor.
- Motivación para trabajar en grupo (la persona se encuentra en un estado de contemplación o acción en la valoración realizada sobre estadios de cambio en dolor crónico).

No es recomendable para³⁹:

- Persona con dolor crónico con predominio de trastorno psicopatológico mayor.
- Persona con dolor crónico con baja motivación (estadio de precontemplación del cambio).
- Alta cronificación del cuadro o discapacidad severa.
- Personas en las que pueda existir un beneficio secundario de su estado de dolor (existencia de litigios).
- Dependencia de alcohol u otras drogas.
- Presencia de deterioro cognitivo que dificulte la comprensión y el seguimiento de las tareas grupales.

Entrevista de acogida

Uno de los profesionales responsables del programa de psicoeducación grupal realizará una entrevista de acogida para incluirlo en un grupo y evaluar una serie de variables que permitan conocer la efectividad de la intervención una vez finalizada.

Si la inclusión en el grupo está prevista hasta un mes después de la realización de la última valoración de la intensidad e impacto del dolor mediante la EVN y el BPI-SF, se tendrá en cuenta dicha valoración como nivel basal previo a la intervención. En caso de que dicha evaluación se haya realizado en un plazo de tiempo superior, se deberá repetir.

En la misma entrevista se recogerá el acuerdo verbal de participación en el grupo que quedará registrada en la Historia de Salud.

Igualmente se informará sobre el número de sesiones, los temas trabajados y la dinámica grupal.

Metodología de trabajo

Las sesiones se desarrollarán en tres partes:

1. Información y contenidos de la sesión. Revisión de tareas.
2. Trabajo sobre el tema de la sesión mediante dinámicas grupales.
3. Expresión de opiniones, dudas, emociones. Tareas para casa.

Participantes

Entre 8 y 12 personas.

Equipo multiprofesional

Conformado por profesionales de medicina de familia, enfermería de familia y fisioterapeutas.

Sesiones

Once sesiones de una hora y media de duración semanales. A los seis meses se mantendrá una sesión de dos horas de seguimiento.

Contenidos de las sesiones^{1, 11, 41, 42, 43}

1ª sesión

- Acogida y presentación de cada miembro del grupo y del equipo terapéutico.
- Exposición de los objetivos y metodología de trabajo.
- Aceptación de las normas grupales de puntualidad, compromiso, confidencialidad y realización de tareas.
- Tema de trabajo: dolor crónico

Contenidos:

- Identificación y naturaleza del dolor y sus características, factores mantenedores, identificación de estados emocionales o estresantes relacionados con el dolor. Teorías integradoras (teoría de la puerta, teoría de la neuromatriz). Factores que aumentan el dolor y factores que lo disminuyen.
- Impacto del dolor sobre la vida personal, familiar, laboral y de ocio.
- Factores ligados al género relacionados con la vivencia, expresión y afrontamiento del dolor.

Tareas para casa: observación y descripción del dolor, identificación de factores que lo intensifican y que lo disminuyen. Registro.

2ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización.
- Tema de trabajo: La medicación.
- Contenidos:
 - Funcionamiento de los fármacos utilizados en el dolor.
 - Uso de la medicación, ventajas y desventajas, adherencia al tratamiento, cuando la medicación no es suficiente, relación con los proveedores de salud.

Tareas para casa: registro de la medicación, termómetro de alivio del dolor, efectos secundarios.



3ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización.
- Tema de trabajo: tensión-relajación.
- Contenidos:
 - Efectos de la tensión sobre la experiencia del dolor.
 - Romper el círculo del dolor (dolor-tensión-aumento del dolor).
 - Técnicas y prácticas de relajación muscular progresiva, respiración profunda.
 - Centrar la atención y la conciencia en nuestro cuerpo a través de la respiración; en nuestra mente a través del pensamiento; y en nuestro entorno a través de nuestros sentidos.

Tareas para casa: práctica de la respiración y relajación muscular progresiva, registro.

4ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Prácticas de relajación.
- Tema de trabajo: Hábitos de vida saludable.
- Contenidos:
 - Alimentación sana.
 - Hábitos de sueño.
 - Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
 - Higiene postural (vida diaria y laboral).
 - Identificación de factores personales de riesgo para el dolor.
 - Establecimiento de objetivos de cambio, propuestas para alcanzarlos, calendario de actividades.

Tareas para casa: Establecimiento de una dieta. Higienización del sueño. Registro.

5ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Prácticas de relajación abreviada.
- Tema de trabajo: el ejercicio físico.
- Contenidos:
 - Creencias y mitos acerca del ejercicio físico.



- Importancia de una musculatura fuerte frente a una débil.
- Normas básicas de ejercicio aeróbico.
- Prácticas de ejercicio aeróbico.

Tareas para casa: práctica de ejercicio físico.

6ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Ejercicios aeróbicos. Prácticas de relajación abreviada.
- Tema de trabajo: La atención.
- Contenidos:
 - Naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor.
 - Manejo de la atención.
 - Estrategias de manejo de la atención: distracción e imaginación.

Tareas para casa: registro prácticas de tareas de distracción.

7ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Ejercicios aeróbicos. Prácticas de relajación abreviada.
- Tema de trabajo: Factores psicológicos; pensamientos y emociones.
- Contenidos:
 - Papel de los pensamientos en las emociones y en el dolor.
 - La ansiedad y la rabia asociadas al dolor.
 - Generando pensamientos positivos y alternativas.
 - La autoestima.
 - Identificación de fortalezas y barreras.

Tareas para casa: listado de pensamientos negativos propios y generación de pensamientos alternativos.

8ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Ejercicios aeróbicos. Prácticas de relajación.
- Tema de trabajo: Afrontamiento del dolor.



- Contenidos:
 - Estrategias para hacer frente al dolor.
 - Estrategias de afrontamiento desadaptativas (aquellas evitativas o que ceden el control del dolor a otros) y adaptativas (dirigidas a la aceptación del dolor y a un buen índice de funcionamiento físico o psicológico).
 - Puesta en marcha y dificultades de las estrategias activas de afrontamiento del dolor.

Tareas para casa: registro de estrategias usadas para afrontar el dolor.

9ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Ejercicios aeróbicos. Prácticas de relajación abreviada.
- Tema de trabajo: Comunicación efectiva.
- Contenidos:
 - El dolor y su influencia en la comunicación con los demás.
 - El dolor como forma de comunicación.
 - Estilos de comunicación (no asertiva, agresiva, asertiva).
 - La comunicación no verbal.
 - La asertividad como forma de mejorar la comunicación con los demás (familia, amistades, personal sanitario, etc.).
 - Técnicas para favorecer la asertividad.

Tareas para casa: registro de prácticas de comunicación asertiva en una situación cotidiana.

10ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Ejercicios aeróbicos. Prácticas de relajación abreviada.
- Tema de trabajo: organización del tiempo y actividades de refuerzo.
- Contenidos:
 - Reflexionar sobre la propia actividad, también sobre aquellas actividades a las que se ha renunciado por el dolor.
 - Distribución del tiempo: actividad-reposo.



- Establecer prioridades, eliminar obligaciones: simplificar las actividades; delegar actividades; bajar el listón; dividir tareas; programar de forma holgada el tiempo y regular los descansos.

Tareas para casa: registro de actividades y propuestas de cambio.

11ª sesión

- Trabajo sobre las tareas para casa: puesta en marcha, dificultades para su realización. Ejercicios aeróbicos. Prácticas de relajación abreviada.
- Tema de trabajo: control de recaídas y mantenimiento de resultados.
- Contenidos:
 - Identificación del riesgo de recaídas.
 - Detección de señales de recaída (que llevan a abandonar los cambios realizados en el estilo de vida y en el afrontamiento del dolor crónico).
 - Listado de señales de recaída e identificación de situaciones de alto riesgo que pueden incrementar el dolor.
 - Refuerzo del trabajo realizado durante el grupo y nuevas habilidades aprendidas.
 - Cierre del grupo: Valoración global sobre la experiencia grupal.

Evaluación del grupo psicoeducativo

El equipo terapéutico completará en cada sesión una hoja de evaluación en la que se consigne contenido de la sesión, participación, áreas de dificultades en la tarea, cambios.

Evaluación global cualitativa sobre el desarrollo del grupo y los resultados alcanzados.

Evaluación cuantitativa a través del retest de los cuestionarios básicos aplicados previos al grupo (EVA, BPI-SF, Cuestionario de estadios de cambio en dolor crónico).

ORIENTACIÓN SOBRE EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA EN DOLOR CRÓNICO

La realización de un programa de actividad física debe formar parte central en la aplicación y el seguimiento del PTI en el dolor crónico y particularmente en la lumbalgia crónica y la artrosis, independientemente de la edad y patologías que presente el paciente. Esto tiene el objetivo de aumentar la capacidad aeróbica, la fuerza muscular, la movilidad articular y el control del peso corporal, para disminuir la intensidad del dolor, tratar la pérdida de capacidad funcional, prevenir la aparición de reagudizaciones y fomentar el automanejo (AG)⁴.

El programa tendrá un enfoque integrador y progresivo comenzando por actividades de baja intensidad individuales, hasta llegar a intervenciones grupales estructuradas. Dichas actividades se adaptarán a las características y respuestas de la persona con dolor crónico y dependerá de la edad, la disponibilidad de tiempo y otros recursos para desarrollar el programa, la motivación para seguir un programa estructurado, los recursos personales para el autocuidado y el tiempo de evolución del dolor crónico (Recomendación A2)⁴.

La prescripción, además de tener en cuenta el estado de salud y la actividad habitual de la persona, fijará unos objetivos factibles y consensuados, teniendo en cuenta que cualquier incremento de actividad física es saludable para las personas con dolor crónico, aunque no supere el umbral mencionado en cuanto a tiempo o intensidad del ejercicio (AG)⁴.

La prescripción debe incluir ejercicios globales de columna, miembros superiores e inferiores, higiene postural, relajación, estiramientos (adaptado para cualquier paciente sea cual sea su patología), según valoración individual o de grupo (AG)⁴.

La recomendación general para aumentar la capacidad cardiovascular y la resistencia es la realización de ejercicio físico aeróbico regular (caminar, nadar, bicicleta), que ha sido definida por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, con un umbral para adultos en general de 150 minutos por semana de actividad física moderada, que puede distribuirse en 3 días por semana o 30 minutos 5 días a la semana (Recomendación A)⁴.

En caso de actividad física intensa es suficiente con 75 minutos por semana o incluso menor duración en tiempo, pero con ejercicios más vigorosos. Se puede combinar ejercicios de intensidad moderada con ejercicios de intensidad alta para adaptarse a las necesidades de las personas, además se pueden acumular intervalos de ejercicio de 10 minutos de duración mínima para cumplir el objetivo semanal.

Esta práctica de ejercicio aeróbico debe combinarse con ejercicios de fortalecimiento muscular y de elasticidad (*Recomendación A*)⁴.

- Con respecto a ejercicios de resistencia, los adultos deben entrenar cada uno de los principales grupos tendino-musculares 2-3 días de la semana, con pausas de dos días entre cada rutina. Los ejercicios conviene hacerlos en 8 a 12 repeticiones, a las personas mayores se les sugiere cumplir rutinas leves o muy leves, según su estado de forma física.
- Para obtener una buena flexibilidad, se recomienda 2-3 sesiones por semana de estiramientos. La duración de cada estiramiento de 10 a 30 segundos y que se repita de 2 a 4 veces. Los estiramientos deben realizarse después de calentar los músculos y tras realizar el ejercicio aeróbico para evitar lesiones.

Los ejercicios que aumentan la capacidad neuromotora (agilidad, equilibrio, coordinación y marcha) como el entrenamiento propioceptivo o las actividades con múltiples componentes, como el Taichí, el Yoga, pueden mejorar o mantener la función física y reducir el riesgo de caídas en personas frágiles (*Recomendación A*)⁴.

El ejercicio físico no neutraliza por completo los perjuicios que ocasionan las actividades sedentarias prolongadas, por lo que se recomienda interrumpir dichas actividades cada 10 o 15 minutos adoptando la postura de bipedestación.

Para alcanzar los objetivos de un programa de ejercicios se debe progresar gradualmente ajustando la duración, intensidad y frecuencia (*Recomendación B*)⁴ y de cara al éxito en el mantenimiento del ejercicio físico a largo plazo, es aconsejable se realicen ejercicios y actividades que sean agradables (*Recomendación B*)⁴ y que se incluyan dentro de las rutinas de la vida diaria. Las estrategias de cambio de conducta (*Recomendación B*)⁴ o la colaboración de monitores o especialistas en programas de ejercicios físicos ayudan a conseguir los objetivos y la adherencia al ejercicio a largo plazo (*Recomendación D*)⁴.

El programa de actividad y ejercicio físico estará adaptado a la situación física previa del paciente, que lo realizará de forma completa y con mayor o menor intensidad según su resistencia y localización del dolor (*Recomendación B*)⁴. Es importante la supervisión de un médico, de la enfermera o fisioterapeuta que atiende al paciente para asegurar la comprensión de las recomendaciones y la adherencia a las mismas en el seguimiento.

Se formará a la familia y personas que cuidan, si así fuera necesario, fomentando su implicación en el proceso terapéutico, especialmente en aquellos pacientes discapacitados o con déficits cognitivos, siempre que ello no suponga un impedimento para el desarrollo del plan de tratamiento (*AG*).

En general se considera una sesión ideal:

- Calentamiento de 5 a 10 minutos: estiramientos sencillos.



- Acondicionamiento de 20 a 30 minutos (50 a 70% frecuencia cardiaca máxima). Una forma fácil de saber que el ejercicio es de intensidad suficiente es que la persona note un leve aumento de la temperatura corporal, incremento del ritmo respiratorio y la frecuencia cardiaca, pero sin llegar a ser fatigante. También puede utilizarse la escala de Börg que se incluye en este anexo.
- Enfriamiento: 10 minutos.

Se recomienda:

- Control del dolor antes del ejercicio.
- Ejercicio de baja intensidad: caminar, cinta rodante, bicicleta.
- En los días de empeoramiento: disminuir el tiempo e intensidad del ejercicio (no se aumenta cuando se está mejor, se mantiene el tiempo recomendado a continuación).
- 30 minutos de forma consecutiva: 1ª sesión 3 minutos...3ª semana 10 minutos...hasta llegar a los 30 minutos.

Tabla general de ejercicios para los grupos musculares y articulaciones más importantes, dependiendo de la situación de la persona se sustituirá o adaptará con ejercicios para localizaciones específicas según la enfermedad.

Ejercicio 1: Rotación de hombros

- Posición de pie, pies ligeramente separados, brazos pegados al cuerpo con los codos flexionados. Espalda recta.
- Realización: giros de hombro hacia delante y hacia atrás. Realizar 10 repeticiones con un descanso de 30 segundos.
- Deberá ir aumentando el número de repeticiones hasta llegar a 15.

Ejercicio 2: Flexión de extremidades inferiores con flexiones de extremidades superiores

- Posición: de pie, pies ligeramente separados con ligera flexión de rodillas, brazos pegados al cuerpo. Espalda recta.
- Realización: flexión de cadera y rodilla manteniendo elevados los miembros superiores a la altura de los hombros.
- Realizar 10 repeticiones con un descanso de 30 segundos.
- Deberá ir aumentando el número de repeticiones hasta llegar a 15.

Ejercicio 3: Flexiones laterales de tronco

- Posición: de pie ligeramente separados con rodillas flexionadas, codos flexionados y manos a la altura de la nuca. 

- Realización: Inclinaciones de tronco hacia un lado y el otro.
- Realizar 10 repeticiones con un descanso de 30 segundos.
- Deberá ir aumentando el número hasta llegar a 18.

Ejercicio 4: Zancadas laterales

- Posición: de pie pies ligeramente separados, codos ligeramente flexionados con manos a la altura de la cadera.
- Realización: paso lateral hacia la izquierda con flexión de caderas y rodillas. Vuelta a la posición intermedia y paso lateral hacia la derecha con flexión de caderas y rodillas.
- Realizar 10 repeticiones con un descanso de 30 segundos.
- Deberá ir aumentando el número de repeticiones hasta llegar a 18.

Ejercicio 5: Zancadas laterales con flexión de extremidades superiores

- Posición: de pie, pies ligeramente separados, miembros superiores en posición neutra pegados al cuerpo.
- Realización: paso lateral hacia la izquierda con flexión cadera y rodillas y con elevación de brazos hasta la altura de los hombros. Vuelta posición intermedia y paso lateral hacia la derecha con flexión de caderas y rodillas y elevación de brazos hasta la altura de los hombros.
- Realizar: 10 repeticiones hacia cada lado con un descanso de 30 segundos.
- Deberá ir aumentando el número de repeticiones hasta llegar a 18.

Ejercicio 6: Ejercicio compuesto

- Posición: de pie, pies ligeramente separados, rodillas ligeramente flexionadas, miembros superiores en posición neutra pegados al cuerpo.
- Realización: elevación de brazos a la altura de los hombros con abducción de los mismos. Realizar flexiones de tronco con giro, llevando el brazo hacia el pie del lado contrario. Vuelta a posición media y realizar elevación completa de brazos con abducción de los mismos y repetir la flexión con giro de tronco.
- Realizar 10 repeticiones hacia cada lado con un descanso de 30 segundos.
- Deberá ir aumentando el número de repeticiones hasta llegar a 18.

Ejercicio 7: Simulación de marcha

- Posición: de pie, pies ligeramente separados, miembros superiores en posición neutra pegados al cuerpo.



- Realización: marcha por terreno llano cambiando la velocidad del paso durante un tiempo preestablecido, comenzando por 10 minutos hasta un máximo de 30-45 minutos seguidos. También se puede predeterminedar la distancia a recorrer.

Ejercicio 8: Bicicleta estática

- Posición: sillín para no forzar la flexión de la rodilla.
- Realización: pedaleo sin resistencia durante 10 minutos e ir aumentando el tiempo de pedaleo de 5 en 5 minutos hasta un total de 25-30 minutos, así como el ritmo de pedaleo.
- Realizar 5 minutos de pedaleo muy suave.

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESFUERZO, DISNEA Y CANSANCIO EN LAS PIERNAS DE BÖRG MODIFICADA

Se trata de una escala de percepción subjetiva que nos sirve para valorar el nivel de esfuerzo que realiza la persona desde su punto de vista, y la evolución que presenta.

	ESFUERZO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		CANSANCIO/DOLOR EN PIERNAS
0	Nada	0	Nada	0	Nada
0,5	Muy, muy suave	0,5	Empieza a notar	0,5	Empieza a notar
1	Muy poco	1	Muy poca	1	Muy poca
2	Suave	2	Poca	2	Poca
3	Moderado	3	Moderada	3	Moderada
4	Algo duro	4	Algo más severa	4	Algo más severa
5	Duro	5	Severa	5	Severa
6		6		6	
7	Muy duro	7	Muy severa	7	Muy severa
8		8		8	
9		9		9	
10	Muy, muy duro	10	Muy, muy severa	10	Muy, muy severa

Entre las puntuaciones 2 y 4 de la percepción de esfuerzo, se considera que la persona está trabajando a un 75% de su frecuencia cardiaca máxima, que es lo que debe alcanzar a la hora de realizar el ejercicio. Las puntuaciones en dificultad para respirar y cansancio de piernas también son aconsejables entre 2 y 4 de esta escala de Börg modificada.

AETSA	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
AG	Acuerdo de Grupo
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
BPI-SF	<i>Brief Pain Inventory-Short Form</i>
DCNO	Dolor Crónico No Oncológico
EBAP	Equipo Básico de Atención Primaria
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Verbal Numérica
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPDI	Gestión de Planes de Desarrollo Individual
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PTI	Plan Terapéutico Inicial
SNC	Sistema Nervioso Central
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TENS	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
TIC	Tecnologías de la información y comunicación
TTS	<i>Transdermal Therapeutic Systems</i>
UFUN	Unidades funcionales
UGC	Unidad de Gestión Clínica
UTD	Unidad de Tratamiento del Dolor

Bibliografía

1. Guerra-Hoyos J, Cabeza-Pérez R, Cáliz-Cáliz R, Domínguez-Camacho J, García-Montes I, Lubian-López M, et al. Dolor crónico no oncológico. Proceso Asistencial Integrado [Internet]. 2a. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 16 de octubre de 2018]. 68 p. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956f88676_dolor_cronico_julio_2014.pdf
2. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. Canadian Medical Association Journal [Internet]. 8 de mayo de 2017 [citado 20 de febrero de 2018];189(18):E659-66. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.170363>
3. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 19 de abril de 2016;315(15):1624-45. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>
4. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M, et al. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. Medicine & Science in Sports & Exercise [Internet]. julio de 2011 [citado 16 de octubre de 2018];43(7):1334-59. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005768-201107000-00026>
5. Hooten M, Thorson D, Bianco J, Bonte B, Clavel JA, Hora J, et al. Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management [Internet]. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2017 ago [citado 5 de febrero de 2019] p. 161. Disponible en: https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_neurological_guidelines/pain/
6. National institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. London; 2014 [citado 16 de octubre de 2018]. Report No.: 177. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>
7. National institute for Health and Care Excellence (NICE). Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. London; 2013 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management [Internet]. 2016 nov [citado 5 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401577/>
9. The GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [citado 6 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
10. Álvarez-Benito M, Ávila-Rodríguez F, Barrera-Becerra C, Bautista-Paloma F, Calero-Fernández M, Campos-García T, et al. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados [Internet]. 2a. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009 [citado 1 de febrero de 2019]. 118 p. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/guia-diseno-pai-segunda-ed.html>
11. Barrera Becerra C, Del Río Urenda S, Dotor Gracia M, Santana López V, Suárez Alemán G. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía - Consejería de Salud; 2011 p. 74. Disponible en: <https://bit.ly/2uH2etN>

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>
13. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. nov 15, 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
14. Simón Lorda P, Esteban López MS, Carretero Guerra R, Cruz Piqueras M, Dotor Gracia M, Sanz Amores R, et al. ESTRATEGIA de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía: 2011 - 2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía Consejería de Salud; 2011 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf
15. Esteban López MS, Simón Lorda P, Almuedo Paz A, Delgado Vílchez F, Gómez Arcas M, Lubián López M. MAPA de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Junta de Andalucía-Consejería de Igualdad, Salud y Política Sociales. Sevilla; 2014 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/mapa_buenas_practicas_competencias_bioetica_27_2_2014_v2.pdf
16. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Catálogo de Formularios de Consentimiento Informado escrito del SSPA [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/formularios-consentimiento-informado.html>
17. Simón P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS, Blanco Piñero N. Planificación anticipada de las decisiones. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013. Disponible en: <https://goo.gl/r9jV4B>
18. Junta de Andalucía- Consejería de Salud. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía [Internet]. [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/bheanQ>
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud [Internet]. 5a. Barcelona: Elsevier; 2013 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.educsa.es/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
20. Bulechek G, Butcher HK, Dotcherman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) - 6th Edition [Internet]. 6a. España: Elsevier; 2013 [citado 16 de octubre de 2018]. 664 p. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/bulechek/978-84-9022-413-7>
21. Gálvez R, Pardo A, Cerón JM, Villasante F, Aranguren JL, Saldaña MT, et al. Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario ID-Pain© para la detección de dolor neuropático. Med Clin (Barc) [Internet]. 1 de noviembre de 2008 [citado 16 de octubre de 2018];131(15):572-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-al-castellano-validacion-psicometrica-13128018>
22. García M, Marcó M, Ruiz J. Protocolo de la evaluación psicológica de la fibromialgia [Internet]. Psicolegs. [citado 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.psicolegs.org/Fotos/protocol.pdf>
23. Diaz-del-Peral D, Aragón-Ortega J, Aranda-Regules J, Bellón-Saameño J, Bordallo-Aragón A, Cantero-Ortiz L, et al. Ansiedad, Depresión, Somatizaciones: Proceso asistencial integrado [Internet]. 2a. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011 [citado 16 de octubre de 2018]. 159 p. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-ansiedad.html>

24. Bellido-Vallejo JC, Rodríguez-Torres M del C, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado «Nivel del dolor» de la Clasificación de Resultados de Enfermería. *Enferm Clin* [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 1 de febrero de 2019];23(4):154-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-adaptacion-cultural-validacion-contenido-del-S1130862113000995>
25. Morales Asencio JM. Proceso Asistencial Integrado Atención a las Personas Fumadoras [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2008. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d88dfd_personas_fumadoras.pdf
26. Muñoz-Bellerín J. Plan de promoción de la actividad física y alimentación equilibrada [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2004 2008 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533a7840_Plan_actividad_fisica.pdf
27. Escuela Andaluza de Salud Pública. Materiales para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana. Granada: Área de Evaluación y Calidad, Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/481/pdf/Guia-profAfrontamientodificultades.pdf>
28. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross-Validation of a Screener to Predict Opioid Misuse in Chronic Pain Patients (SOAPP-R). *J Addict Med* [Internet]. 1 de junio de 2009 [citado 16 de octubre de 2018];3(2):66-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712300/>
29. Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R. Guía de práctica clínica sobre lumbalgia [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2007 [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/gpc_07-1%20lumbalgia.pdf
30. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 11 de enero de 2011 [citado 16 de octubre de 2018];342(jan11 1):c7086-c7086. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c7086>
31. Webster LR, Webster RM. Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-Treated Patients: Preliminary Validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine* [Internet]. 1 de noviembre de 2005 [citado 16 de octubre de 2018];6(6):432-42. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x>
32. Centro Andaluz De Información de Medicamentos (CADIME). Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. BTA [Internet]. 21 de julio de 2016 [citado 5 de febrero de 2019];30(4):8. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-4.pdf
33. Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 de abril de 2016;4:CD003868. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD003868/SYMPT_oral-morphine-cancer-pain
34. Pajuelo-Gallego A, Castillo-Parra J, Puerta-López J, Martínez-Jiménez R, Narbona-Calvo B, Moleón-Camacho M. Procesos de Soporte: Bloque quirúrgico [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004 [citado 11 de febrero de 2019]. (Procesos Asistenciales Integrados (PAI)). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-bloque-quirurgico.html>
35. Fine PG, Portenoy RK. Establishing “Best Practices” for Opioid Rotation: Conclusions of an Expert Panel. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 1 de septiembre de 2009 [citado 16 de octubre de 2018];38(3):418-25. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392409006290>

36. Webster LR, Fine PG. Overdose Deaths Demand a New Paradigm for Opioid Rotation. *Pain Medicine* [Internet]. 1 de abril de 2012 [citado 16 de octubre de 2018];13(4):571-4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1526-4637.2012.01356.x>
37. Olmedo M. Reseña de: Moix, J.; Kovacs, F.M. (Eds.). *Manual del dolor: tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós, 2009. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 16 de octubre de 2018];15(1):75-7. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4086>
38. Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica [Internet]. 2a. España: Desclee; 2009 [citado 16 de octubre de 2018]. (Biblioteca de psicología). Disponible en: <https://www.edescllee.com/tematicas/psicologia/dolor-cronico-procedimientos-de-evaluacion-e-intervencion-psicologica-detail>
39. The British Pain Society. Guidelines for Pain Management Programmes for adults: an evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society [Internet]. London; 2013. Disponible en: https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013_main_FINAL_v6.pdf
40. Collado Cruz A, Torres i Mata X, Arias i Gassol A, Cerdà Gabaroi D, Vilarrasa R, Valdés Miyar M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica* [Internet]. 2001 [citado 16 de octubre de 2018];117(11):401-5. Disponible en: <https://medes.com/publication/3300>
41. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, et al. Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations. *The Journal of Pain* [Internet]. 1 de febrero de 2008 [citado 16 de octubre de 2018];9(2):105-21. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590007008991>
42. Ersek M, Turner JA, McCurry SM, Gibbons L, Kraybill BM. Efficacy of a Self-Management Group Intervention for Elderly Persons With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain* [Internet]. junio de 2003 [citado 16 de octubre de 2018];19(3):156. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2003/05000/Efficacy_of_a_Self_Management_Group_Intervention.3.aspx
43. Castillo Bueno MD, Moreno Pina JP, Martínez Puente MV, Artiles Suárez MM, Company Sancho MC, García Andrés MC, et al. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática - PDF. 2010 [citado 16 de octubre de 2018];8(28):112-68. Disponible en: <https://docplayer.es/5462581-Efectividad-de-las-intervenciones-enfermeras-en-pacientes-adultos-con-dolor-cronico-una-revision-sistemica.html>

