

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Dolor crónico no oncológico

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA

Dolor crónico no oncológico,

Proceso Asistencial Integrado

DOLOR crónico no oncológico [Recurso electrónico] :
proceso asistencial integrado / autores, Guerra de
Hoyos, Juan Antonio (coordinador) ... [et al.]. -- 2ª
ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y
Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 68 p.

1. Dolor crónico 2. Calidad de la atención de salud
3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía I. Guerra de
Hoyos, Juan Antonio II. Andalucía. Consejería de
Igualdad, Salud y Políticas Sociales
WL 704



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

2ª edición 2014

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Maquetación: Artefacto

Autores:

Guerra de Hoyos, Juan Antonio (Coordinador)

Internista. Director del Plan Andaluz de Atención al Dolor. Servicios de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sevilla

Cabeza Pérez, Rosario

Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sevilla Sur. Sevilla

Cáliz Cáliz, Rafael Antonio

Reumatólogo. Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Domínguez Camacho, Juan Carlos

Farmacéutico. Director de la UGC Intercentros de Farmacia de Atención Primaria (AP). Sevilla

García Montes, Inmaculada

Rehabilitadora. Directora de la UGC de Rehabilitación. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Lubian López, Manuel

Médico de Familia. Director Gerente del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

Luque Budía, Asunción

Psicóloga Clínica. Enlace de la UGC de Salud Mental. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Pérez Moreira, Rosalía

Fisioterapeuta. UGC de Rehabilitación. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Ras Luna, Javier

Médico de Familia. Técnico Asesor de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla

Rodríguez Matallana, Joaquín

Anestesiólogo. Unidad de Tratamiento del Dolor. S de Anestesiología. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Sánchez Jiménez, Juana

Médica de Familia. UGC Berja. Distrito Poniente. Almería

Sanz Amores, Reyes

Médica de Familia. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad. Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla

Conflicto de interés:

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Revisión externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Sociedades Científicas: SAMFYC, SEMERGEN, ASANEC, ASENHOA, AAEAR, SEMI, SER, SECPAL, SATO, AEPC, SAFH, SAMFYRE, AEFI

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como la herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también, se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad, clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de como se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

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

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 17

Descripción general / 19

**Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 21**

Competencias específicas del equipo profesional / 37

Representación gráfica: Representación Global / 39

Indicadores / 41

Anexos / 49

- A1. Titulación de morfina
- A2. Intervención psicoeducativa grupal de alta intensidad
- A3. Orientación sobre ejercicio y actividad física en dolor crónico

Bibliografía / 65

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 responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

	Recomendación
Se realizará evaluación completa con datos específicos sobre el síndrome doloroso	<i>B2⁹</i>
Se valorará capacidad funcional por la repercusión subjetiva sobre vida diaria, laboral, de ocio y patrón de sueño	<i>AG</i>
Se explorará el área psicoemocional	<i>2B¹²</i>
Se realizarán intervenciones farmacológicas de forma escalonada, individualizada según comorbilidad	<i>ID¹⁰</i>
Se aplicará la Escala Visual Numérica (EVN) y Brief Pain Inventory (BPI-WSp) para pasar de una línea de tratamiento a otra, considerando un alivio una disminución en la EVA o en el BPI-Sp de 2 puntos	<i>ID¹²</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 según las características del paciente intervención física y rehabilitadora	<i>AG</i>
El seguimiento del PTI será individualizado en función de la patología de base, las características del paciente y el tipo de intervenciones	<i>AG</i>
La utilización de técnicas invasivas se adecuarán al diagnóstico del dolor de difícil control y cuadros dolorosos localizados	<i>AG</i>
Para el cambio de un opioide a otro se calculará la dosis diaria equivalente de morfina del opioide que venía tomando y la del nuevo opioide indicado, aplicando las reducciones porcentuales adecuadas al tipo de opioide y a las características del paciente	<i>AG</i>
En caso de utilización de dosis equivalentes a 90 mg de morfina, los incrementos de la dosis para alcanzar el control de la intensidad de dolor y su impacto se realizarán en la Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD), valorando el grado de tolerancia al opioide y el riesgo de aparición de efectos adversos.	<i>AG²⁶</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. Para responder a este problema en nuestra comunidad, se puso en marcha en Andalucía en 2005 un proceso asistencial integrado, en concreto sobre el dolor crónico no oncológico. Desde entonces han aparecido nuevos avances en la evaluación y el tratamiento y se ha desarrollado y puesto en marcha el Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor. Todo lo cual nos ha llevado a revisar y reordenar el Proceso Asistencial Integrado Dolor Crónico no Oncológico a partir de una revisión de la evidencia disponible y de las líneas y proyectos marcados por dicho Plan.

El objetivo de este trabajo es reordenar las actividades que realizan los distintos profesionales, la incorporación de la estrategia de seguridad del paciente, la información y el recorrido que seguirá el paciente durante su proceso y realizar un abordaje multidisciplinar y multimodal en el dolor crónico no oncológico de acuerdo con el mejor conocimiento científico disponible, las recomendaciones internacionales recientes y el Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor.

Aspectos Metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo del dolor crónico excluyendo aquellas centradas en el origen oncológico. Para ello se utilizaron buscadores especializados como TRIP, Excelencia Clínica y NHS Evidence utilizando los descriptores pain y chronic, para el periodo temporal comprendido desde 2007 hasta febrero 2011, se descartaron los documentos referidos a fibromialgia, cuidados paliativos y enfermedades con dolor de origen oncológico y aquellos tipos de documentos que no fuesen guías de práctica clínica. Esta búsqueda inicial se completó con búsquedas específicas en las principales bases de datos referenciales y repositorios de guías de práctica clínica: Medline, Embase, National Guidelines Clearinghouse, NICE, Guíasalud, SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), NHMRC (National Health and Medical Research Council. Australia), Canadian Medical Association Infobase, New Zealand Guidelines Group, Fisterra, se realizó una actualización posterior de las búsquedas realizadas, hasta junio 2013.

Las búsquedas en bases de datos referenciales se realizaron siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) sin limitación por idioma o fecha de

realización. Se limitó por tipo de estudio (guías de práctica clínica). Las estrategias de búsqueda incluyeron términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado con los términos MeSH, Emtree, etc. Se realizaron, además, búsquedas manuales de referencias cruzadas de las guías incluidas. Se incluyeron aquellos estudios relacionados con el diagnóstico y manejo del dolor crónico de origen no oncológico. Se excluyeron aquellos estudios que no abordasen específicamente el tema de interés.

Además, se realizó una lectura crítica y una síntesis cualitativa, valorando para ello el diseño y la metodología empleada en las guías utilizadas, mediante la herramienta AGREE disponible en el siguiente enlace: <http://www.agreecollaboration.org/instrument/.16>

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada guía de práctica clínica seleccionada.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SING)¹

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Buena práctica clínica

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
---	--

La fuerza de la recomendación: Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño (GRADE)²

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.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON CHRONIC PAIN MANAGEMENT, 2010³

Categoría A: Apoyada por la literatura. Ensayos aleatorios controlados con informe estadístico con significancia ($p < 0,01$) entre diferentes intervenciones clínicas para un resultados clínico específico

Nivel 1	La literatura contiene varios ensayos aleatorios controlados y los resultados agregados son apoyados por metanálisis
Nivel 2	La literatura contiene varios ensayos aleatorios controlados pero hay un número insuficiente de estudios para llevar a cabo un metanálisis viable con el propósito de estas directrices
Nivel 3	La literatura contiene un único ensayo aleatorio controlado

Categoría B: Existencia de literatura sugerente. La información en los estudios observacionales permite la inferencia de relaciones beneficiosas o perjudiciales entre intervenciones clínicas y resultados clínicos

Nivel 1	La literatura contiene comparaciones observacionales (por ejemplo cohortes y diversos diseños de investigación) de intervenciones clínicas o condiciones indicando inferencia estadística significativa entre las intervenciones clínicas para un resultado clínico específico
Nivel 2	La literatura contiene estudios observacionales no comparables con asociación (por ejemplo, riesgo relativo y correlación) o estadística descriptiva
Nivel 3	La literatura contiene informes de casos

Categoría C: literatura ambigua. La literatura no puede determinar si son beneficiosas o perjudiciales las relaciones entre la intervención y los resultados clínicos

Nivel 1	Metanálisis en los que no se encontró diferencias significativas entre los grupos o las condiciones
Nivel 2	Hay un número insuficiente de estudios para realizar el metanálisis y los ensayos controlados no han encontrado diferencias significativas entre los grupos o las condiciones, ensayos controlados establecen resultados inconsistentes
Nivel 3	Estudios observacionales dan resultados inconsistentes o no permiten la inferencia en relaciones beneficiosas o perjudiciales

Categoría D: Insuficiente evidencia en la literatura. La falta de evidencia científica en la literatura se describe en las siguientes condiciones:

- (1) No se han identificado estudios relacionados con la intervención y los resultados
- (2) La literatura disponible no puede utilizarse para evaluar relaciones entre la intervención y los resultados

Categoría A	Opinión de Expertos
Categoría B	Opinión de los miembros elaboradores de la guía
Categoría C	Opinión informal

UNIVERSIDAD DE MICHIGAN, 2011⁴

Grados de recomendación

I	Generalmente debe realizarse
II	Puede ser razonable llevarla a cabo
III	Generalmente no se debe realizar

Los niveles de evidencia

A	Estudios controlados randomizados
B	Estudios controlados no randomizados
C	Estudios observacionales
D	Opinión de expertos

CTFPHC Sistema de gradación de la evidencia (Woolf 1990)

Gradación de las recomendaciones de la Guía Canadiense

I	Evidencia de estudios randomizados controlados	A	Recomendación basada en la evidencia de los estudios randomizados controlados
II-1	Evidencia de estudios controlados no randomizados	B	Recomendación que se basa en: Ensayos controlados no randomizados, o Evidencia de estudios analíticos de cohortes o casos control, preferiblemente de más de un grupo o centro de investigación, o Evidencia de la comparación entre tiempos o lugares con o sin la intervención, cuyos resultados del estudio no controlados podrían ser incluidos
II-2	Evidencia de estudios analíticos de cohortes o casos-control, preferiblemente de más de un grupo o centro	C	Recomendaciones de la opinión de consenso del Grupo Consultor
II-3	Evidencia de la comparación entre tiempos o lugares con o sin la intervención, cuyos resultados del estudio no controlados podrían ser incluidos		
III	Opinión de expertos basadas en experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos		

Evidencia	Definición
Bueno	La evidencia incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y bien realizados en poblaciones representativas que evalúan directamente los efectos sobre los resultados de salud (por lo menos 2 ECA consistentes y de calidad o estudios de pruebas diagnósticas)
Aceptable	Las pruebas son suficientes para determinar los efectos sobre los resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por la calidad, tamaño o consistencia de los estudios incluidos, generalización de la práctica habitual; o la naturaleza indirecta de la evidencia en los resultados sanitarios (por lo menos uno de calidad o estudio de pruebas diagnósticas del tamaño muestral suficiente; 2 ó más ensayos de calidad o estudios de precisión diagnóstica con cierta incoherencia; por lo menos 2 consistentes)
Limitada, falta de pruebas o pobres	Las pruebas son insuficientes para evaluar los efectos sobre los resultados de salud por pocos estudios o estudios con contradicciones con ensayos de mayor calidad, diseño mal realizado, no mostrar evidencias, o falta de información sobre los resultados importantes

Definición funcional:

Conjunto de actividades destinadas a la identificación, evaluación multidisciplinar, abordaje terapéutico y seguimiento, de los pacientes con dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético. Garantizándose 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, con una duración ≥ 3 meses, una intensidad ≥ 4 en la EVN, y con una de las siguientes características:
 - Dolor continuo.
 - Dolor intermitente ≥ 5 días a la semana.

Límite final:

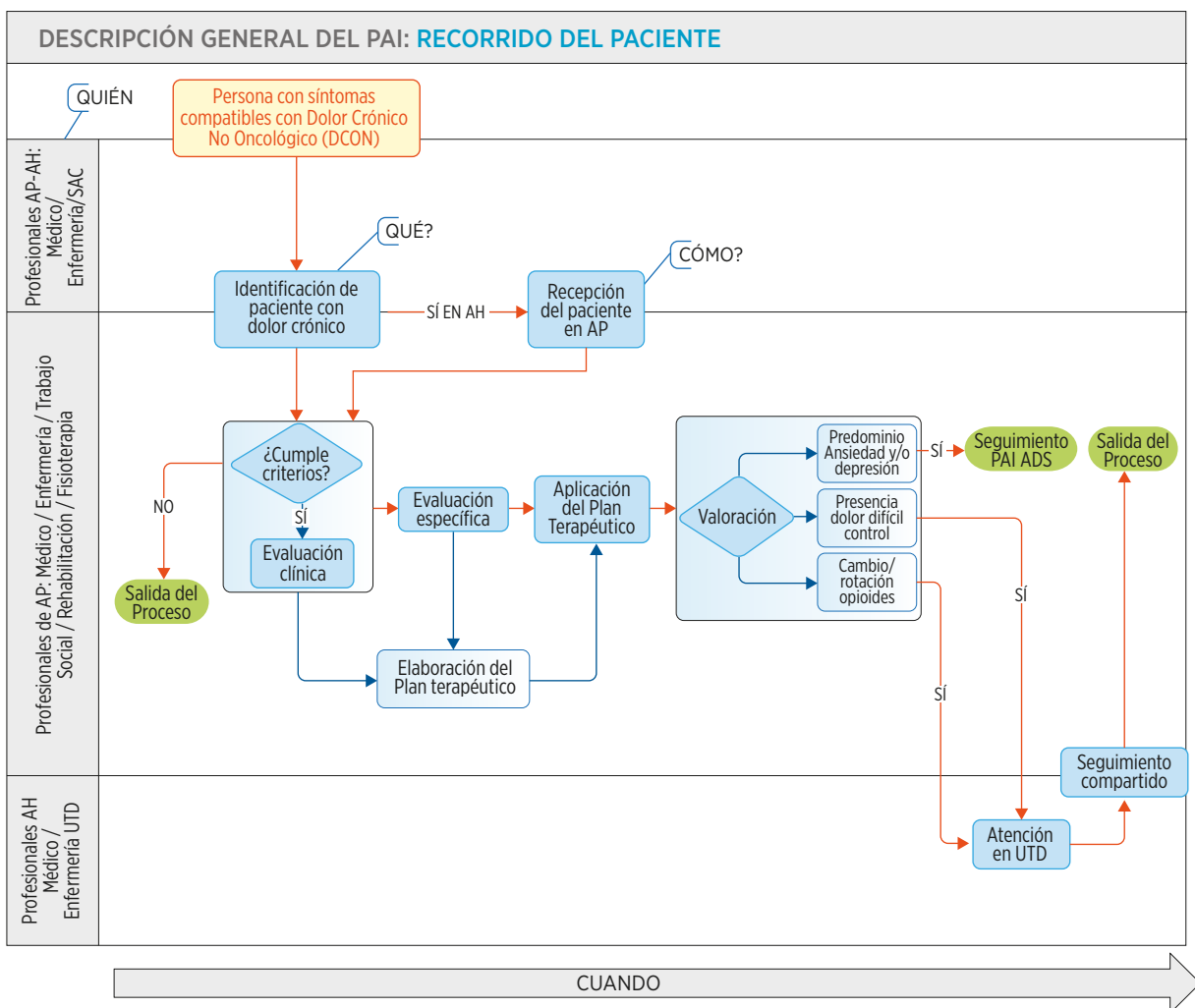
- Resolución del dolor y/o su impacto.

Límites marginales:

- Personas afectadas por Fibromialgia
- Personas afectadas por dolor crónico, menores de 14 años
- Procedimiento quirúrgico vinculado a las técnicas invasivas

Descripción general

La descripción general del PAI-DCNO 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) reflejándose en la Hoja de Ruta del paciente.







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 han identificado 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 solo 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 del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la OMS⁷ y/o la ESP⁸.
 - Se identifica, además con  , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información**^(9,10):
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con ¹¹ las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía
 - > Uso de formulario de Consentimiento Informado escrito del Catálogo de formularios del SSPA¹²
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
- **El uso adecuado de medicamentos**, se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.
- **Los cuidados de enfermería**, se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir (NOC/NIC)^{13, 14}.


Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas que contemplan:

- **Tabla fondo blanco:** Actividad desarrollada por el profesional sin presencia del/la paciente.
- **Tabla fondo gris:** Actividad desarrollada con presencia del/la paciente.

Médico de Familia/ Médico de AH y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>1º IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON CRITERIOS DE DOLOR CRÓNICO</p>	<p>1.1 Se realiza mediante la presencia de dolor, de origen musculoesquelético, 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>Una vez identificado debe ser evaluado de forma integral por el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)</p> <p>1.2 (i) Se informará al paciente la necesidad del abordaje y seguimiento multidisciplinar en Atención Primaria (AP), dejando constancia en la Historia de Salud.</p>

Médico de Familia y Enfermera de Familia

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 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. </p> <p>2.3 Se realizará una evaluación ^{(Recomendación B2)3} con el objetivo de establecer el diagnóstico de la enfermedad musculoesquelética, deberá incluir ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos específicos sobre el síndrome dolorosos: <ul style="list-style-type: none"> - Cronología (mañana-noche, reposo-movimiento, continuo-intermitente) y evolución - Localización e irradiación - Síntomas acompañantes - Factores que lo modifican y la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación).

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad del dolor (penetrante, punzante, opresivo) - Tipo neurofisiológico: nociceptivo, neuropático o mixto. Ante la sospecha de dolor neuropático, utilizar cuestionario ID-PAIN ^{(AG) 15} • Exploración neurológica y del aparato locomotor • Estudios complementarios realizados. • Tratamiento previo y actual con relación al dolor, tanto farmacológico como no farmacológico. • Hábitos de vida saludables • Expectativas en relación a la mejoría o control del dolor • Capacidad funcional, por la repercusión subjetiva sobre la actividad de la vida diaria, laboral, de ocio y el patrón de sueño, preguntando sobre la interferencia en estas áreas mediante la realización del BPI-Sp ^{(AG) 16} • 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) 17} <ul style="list-style-type: none"> - Si el cribado es positivo hay que realizar una evaluación complementaria utilizando las siguientes herramientas diagnósticas ^{(AG) 17}: <ul style="list-style-type: none"> • GAD-7 para ansiedad • PHQ-9 para detección y valoración de depresión - En los pacientes en los que se considere la ansiedad, la depresión o la somatización como diagnóstico principal, se abordarán en el marco del PAI ADS con salida de este PAI ^{(AG) 17} • El abuso de fármacos y el riesgo de dependencia ^(AG) <p>2.4 Se valorará mantener o modificar el régimen terapéutico que venía realizando hasta la aplicación del Plan Terapéutico Inicial (PTI) ^(AG)</p> <p>2.5 No es preciso realizar pruebas complementarias, excepto en aquellos casos 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>2.6 Se gestionará cita para realizar una valoración específica por el profesional de Trabajo Social ante personas que presenten ^(AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gran aislamiento social - Ausencia de apoyo familiar - Necesidad de asesoramiento administrativo <p>2.7 El profesional de enfermería realizará evaluación orientada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 2102 Nivel de dolor • NOC 1803 Conocimientos: proceso de la enfermedad • NOC 1813 Conocimientos: régimen terapéutico

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • NOC 0003 Descanso • NOC 0004 Sueño • NOC 0208 Movilidad • NOC 1402 Autocontrol Ansiedad <p>2.8 (i) 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"> • El diagnóstico • La necesidad de un Plan terapéutico y sus componentes • Las posibilidades de evaluación por otros profesionales • La evolución previsible

Médico de Familia, Enfermera de Familia y Trabajo Social de AP

Actividades	Características de calidad
<p>3º ELABORACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO INICIAL</p>	<p>3.1 El Plan Terapéutico Inicial (PTI), debe ser multidimensional (Recomendación C)18 personalizado y consensado. Debe estar elaborado en un periodo no superior a 2 semanas y quedar registrado en la Historia de Salud (AG)</p> <p>Debe contener (AG)</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 (reducción del nivel de la EVN de 2 puntos del valor inicial) - 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 - Farmacología - Psicoeducativa - Medicina física y rehabilitadora: procedimientos mínimamente invasivos y ayudas técnicas

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>4.1 (i) Se informará al paciente del Plan terapéutico a realizar, de sus beneficios y alternativas, dejándose registro documental en la Historia de Salud</p> <p>4.2 INTERVENCIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los profesionales que intervienen en el PTI darán recomendaciones sobre hábitos de vida saludables en relación con el tabaco^{(AG)19}, alimentación, actividad física^{(AG)20}, reducción de peso y reglas básicas de higiene del sueño^{(AG)17}, <p>4.3 INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tendrá en cuenta el tipo neurofisiológico del dolor (NOCICEPTIVO, NEURO-PÁTICO, MIXTO)^(AG) • Se seguirá una pauta escalonada ^{(Recomendación I)4} individualizada según comorbilidad (riesgo vascular, digestivo, hepato-renal), consumo previo de medicamentos, intensidad del dolor y su impacto • Se utilizará la EVN y BPI-Sp para pasar de una línea a otra. Se considera un alivio clínicamente significativo, una disminución en la EVN o en el BPI-Sp de 2 puntos en valor absoluto^{(AG)21} o una disminución $\geq 30\%$ del valor inicial ^{(Recomendación D-1)3}. • (i) Se informará a todos los pacientes, preferiblemente por escrito^{(AG)22} que: <ul 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 ^{(Recomendación A-2)3} - 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 inicia el tratamiento con opioides ^{(Recomendación I)4} <p>Dolor nociceptivo:</p> <p>1ª línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol: Es el fármaco a elegir, por su perfil de eficacia y seguridad, en primera instancia ^{(Nivel de evidencia C)4}. Se recomienda no sobrepasar los 2,5-3 gramos diarios repartidos en 4 tomas 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. ^{(Grado de recomendación I)4}. Se recomienda asociar AINEs en caso de artrosis de cadera y/o rodilla ^{(Recomendación C)18}. • AINEs: Son una alternativa al paracetamol, a corto plazo. <ul style="list-style-type: none"> - Ningún AINE ha demostrado ser más eficaz que otro por vía oral, aunque si 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 ^{(Nivel de evidencia 2+)23} • Naproxeno se asocia a menor riesgo de complicaciones cardiovasculares ^{(AG)24}

- No se recomienda usarlos, como alternativa al paracetamol en pacientes ancianos o con factores de riesgo cardiovascular, gastrointestinal o de insuficiencia renal [\(Recomendación I\)4](#)
- Se pueden utilizar, sobretodo, si el dolor tiene un componente inflamatorio o en caso de lumbalgia crónica [\(Recomendación B\) 18](#)
- 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 [\(Recomendación I\)18](#)
- Se recomiendan, por vía tópica, asociados al paracetamol porque aunque son menos eficaces que por vía oral tienen un mejor perfil de efectos adversos [\(AG\)25](#). Se recomienda, especialmente en pacientes que no toleran AINEs por vo [\(Recomendación A\) 18](#)
- En los pacientes que precisen gastroprotección por riesgo elevado de hemorragia digestiva se recomienda como fármaco de elección omeprazol 20 mg/día [\(AG\)26](#)

2ª línea:

Ante el control insuficiente del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp) se recomienda **añadir** opioides menores a los medicamentos de la 1ª línea, que aunque tienen una eficacia moderada muestran menor riesgo de sobredosis y adicción que los opioides mayores [\(Recomendación C\)18](#),

Se deberá individualizar la dosis, en función de las características personales del paciente [\(AG\)](#)

- **Tramadol**, se recomienda iniciar con dosis de 50-100 mg/6h, ajustando la dosis hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp). No superar la dosis máxima de 400 mg/día. Una vez controlado el dolor se puede pasar a la forma retardada equianalgésica [\(Nivel de evidencia A2\)3](#).

Los pacientes que requieran, desde el inicio, dosis menores y titulación más lenta, por fragilidad o edad avanzada, se utilizaran gotas o solución en pulsaciones cada 8 horas [\(AG\)](#)

- **Codeína**, se recomienda en caso de intolerancia o efectos secundarios al tramadol. iniciar con dosis de 30-60 mg/6h ajustandola hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp). 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, sobretodo, con la codeína [\(AG\)](#)

3ª línea:

Ante el control insuficiente del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp) con las opciones de la 2ª línea, se recomienda ensayar el tratamiento con opioides mayores, durante 3 meses [\(Recomendación C\)18](#), en sustitución de los opioides menores

Actividades

Características de calidad

Para el uso seguro de opioides se recomienda que:

- Comprobar la efectividad demostrada para el diagnóstico de base [\(Recomendación A\) 5](#) particularmente, en dolor crónico por artrosis y en pacientes ancianos con dolor neuropático [\(Recomendación B\) 18](#).
- Tener en cuenta las precauciones universales para el uso de estos medicamentos [\(AG\)](#) (Anexo 1)
- Realizar titulación y ajuste de dosis con morfina de liberación rápida hasta alcanzar una dosis diaria estable, sustituyendo posteriormente el opioide de liberación rápida por uno de liberación prolongada [\(Recomendación C\) 5](#) (Anexo 1)
- 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) [\(Recomendación B\) 18](#) y el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol) y drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína) [\(Recomendación A\) 6](#)
- **(i)** Informar al paciente de los beneficios, riesgos y efectos adversos [\(Recomendación B\) 5](#), asegurando una comunicación efectiva que sirva para favorecer su participación en el tratamiento, permitir la realización de actividades de la vida diaria, evitar el miedo a estos medicamentos, las conductas de mala adaptación a la enfermedad y la utilización inadecuada de estos medicamentos [\(Nivel de evidencia B\) 27](#).
- Individualizar la dosis, en función del consumo previo y las características personales, y seguir un enfoque escalonado que parta de dosis bajas (hasta 40 equivalentes de morfina/día) [\(Nivel de evidencia B\) 27](#), y realizar los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos propuestos [\(AG\) 18](#)
- Monitorizar los resultados [\(Nivel de evidencia A\) 27](#) comprobando si se han alcanzado los objetivos previstos y la aparición de posibles contraindicaciones absolutas o relativas y de conductas aberrantes [\(Recomendación B\) 5](#)
- Se dejará constancia en la Historia de Salud de los objetivos y acuerdos alcanzados [\(Nivel de evidencia B\) 27](#)
 - **Morfina, oxycodona e hidromorfona:** Han demostrado una eficacia y tolerancia similar, y presentan una moderada eficacia en algunos síndromes que cursan con dolor crónico. La **morfina** es el opioide de referencia por ser el más costo-efectivo y con mayor experiencia de uso. [\(Grado de recomendación I\) 4](#).
 - **Fentanilo TTS:** Se recomienda fentanilo TTS en pacientes en tratamiento con morfina, oxycodona o hidromorfona que han perdido la disponibilidad de la vía oral, por náuseas y vómitos [\(Recomendación C\) 5](#).
Para su inicio se calculará la dosis diaria equianalgésica de morfina y realizarán los ajustes necesarios [\(AG\)](#)
- En caso de utilizar dosis de 90-180 mg de morfina o dosis equianalgésica de cualquier opioide [\(Nivel de evidencia D\) 27](#) se requiere una reevaluación cuidadosa del riesgo de dependencia y una monitorización estrecha [\(Nivel de evidencia B\) 27](#) por profesionales vinculados a las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) [\(Recomendación C\) 6](#)

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda ante la ausencia de eficacia, por aparición de tolerancia y/o la presencia de efectos adversos difíciles de tolerar, reducir la dosis gradualmente o cambiar a otro opioide (Recomendación B)6 (Anexo1). • Se recomienda que el uso de opioides en personas mayores se realice con unas precauciones adecuadas: (Nivel de evidencia B)27 <ul style="list-style-type: none"> - Uso de dosis de inicio más bajas - Titulación más lenta - Monitorización más frecuente - Deshabitación a las benzodiazepinas o reducción de la dosis si no se pueden abandonar <p>Dolor neuropático:</p> <p>1ª línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina oral a dosis de 10 mg/24h nocturna, con aumento cada 3-5 días de 25 mg ajustando la dosis hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp) con dosis máximas de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50, (Recomendación B)6. Otros antidepresivos tricíclicos como nortriptilina e imipramida pueden ser una alternativa a amitriptilina si no se toleran sus efectos adversos (Recomendación A-1)3 <p>El uso de antidepresivos tricíclicos está contraindicado en caso de enfermedad cardíaca, glaucoma u HBP y no se recomienda en personas con edades avanzadas (AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gabapentina o pregabalina también son opciones eficaces como medicamentos de primera línea (Recomendación A-1)3. La gabapentina es más económica mientras que pregabalina tiene una posología más cómoda. - Duloxetina (60 mg/día) debiera considerarse para el tratamiento de pacientes con neuropatía diabética si otros fármacos de primera línea han fracasado. También puede ser tenida en cuenta para otros tipos de dolor neuropático (AG)18. <p>Si duloxetina está contraindicada, ofrecer amitriptilina (AG) 22</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay poco o ningún alivio del dolor con la dosis máxima tolerada del medicamento inicialmente usado, se debe cambiar a otro fármaco de la primera línea (AG) <p>2ª línea:</p> <p>Ante el control insuficiente del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp) 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) 22 o a gabapentina (Recomendación A)18.</p>

3ª línea

Ante el control insuficientes del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp) con medicamentos de la 2ª línea se recomienda cambiar o añadir [\(Nivel de evidencia B\)27](#):

- **Tramadol**, la dosis de inicio como monoterapia es de 50-100 mg/4h, sin superar los 400 mg/día.

Si se añade a medicamentos de la 2ª línea, se recomienda comenzar por dosis más bajas y ajustar dosis más lentamente [\(AG\)22](#), 50 mg/8h salvo pacientes que requieran dosis más bajas.

- **Lidocaína al 5%** en apósitos adhesivos como coadyuvante para tratamiento del dolor localizado, como la neuralgia postherpética en pacientes en los que otros tratamientos han sido ineficaces o en los que hay dificultad para el uso de la vo o en dolor refractario, [\(Nivel de evidencia C\)27](#)

- **Capsaicina tópica, como crema 0,075%** cuatro veces al día de aplicación diaria, puede ser útil en el dolor neuropático periférico, pero con menor eficacia que los medicamentos orales [\(Recomendación A\)18](#)

- **Los rubefacientes tópicos** pueden utilizarse en los dolores crónicos localizados ante la ineficacia de las otras líneas de tratamiento [\(Recomendación B\)18](#)

- Si el dolor no se controla con estos medicamentos, se debe considerar el uso de opioides mayores (morfina, oxicodona, hidromorfona) o la asociación de estos con un gabapentinoide [\(Recomendación A\)18](#), que ha de ser individualizado en cada paciente y en cada patología, por lo que se recomienda que el paciente sea valorado en la UTD [\(AG\)](#)

- **Dolor mixto (nociceptivo+neuropático)**

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 [\(AG\)](#)

4.4 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

- 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 [\(AG\)](#). Tendrá un enfoque integrador y progresivo comenzando por aquellas intervenciones de más baja intensidad [\(Recomendación C\)18](#) y adaptándolas a las características y respuestas de la persona con dolor crónico, y dependerá de [\(Recomendación A-2\)3](#).

- 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 los casos de riesgo elevado de conductas de uso inadecuado de opioides [\(AG\)](#)

Intervenciones de baja intensidad

- **Intervenciones individuales de autoayuda no guiada.**

Es un contacto terapéutico mínimo, que incluye entregar 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, la relajación, y el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana ^{(AG) 28} 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 y los activos o recursos comunitarios para favorecer el automanejo ^(AG)

- **Intervenciones individuales de autoayuda guiada**

Es un contacto terapéutico, con el apoyo y la supervisión médica y/o enfermera mediante entrevistas programadas, con una periodicidad quincenal y un mínimo de 2, 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-reposición y los activos o recursos comunitarios para favorecer el automanejo ^(AG)

Intervención de alta intensidad o Intervención grupal psicoeducativa

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) 18} (Anexo 2)

4.5 INTERVENCIÓN FÍSICA Y REHABILITADORA

Incluye diferentes modalidades de actuaciones y se recomendará según las características del paciente con dolor crónico

- **Programa de ejercicio físico:** Se recomendará a todos los pacientes ^(AG)
 - Debe ser individualizado y basado en la exploración física, la capacidad funcional y el impacto del dolor ^{(AG) 4} (Anexo 3)
 - Debe combinarse con la intervención farmacológica y la psicoeducativa para abordar pensamientos disfuncionales, conductas de evitación de la actividad física, controlar el dolor y la discapacidad y asegurar la motivación y adherencia a largo plazo hacia un estilo de vida activo y saludable ^(AG)
 - Los pacientes con lumbalgia deberán recibir específicamente consejos sobre mantener la actividad física ^{(Recomendación A)18}

Actividades

Características de calidad

- **Intervención individual sobre actividad física:**

- 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 3). 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 con una periodicidad quincenal y un mínimo de 2, con el objetivo de facilitar el aprendizaje del ejercicio y la adherencia al mismo ^(AG)

- **Intervención grupal sobre ejercicio físico:**

- Forma parte del programa de intervención psicoeducativa grupal, iniciándose en la 5ª semana de la intervención psicoeducativa grupal, con 2 sesiones semanales de 30 minutos (Anexo 3) Para mejorar la adherencia al ejercicio físico se deben tener en cuenta la supervisión de las sesiones ^{(Recomendación B)18}, la entrega de material suplementario ^{(Recomendación C)18} y la combinación de ejercicios en el hogar y el grupo ^{(Recomendación B)18}

- **Terapia Física (TF):**

- Aplicación de TENS, de baja o alta frecuencia se recomendará en el dolor crónico ^{(Recomendación A)18} Se recomendarán en algunos pacientes dependiendo de la enfermedad de base, la localización del dolor y la respuesta a la aplicación del PTI ^{(Recomendación B)3} y especialmente en la lumbalgia ^{(Recomendación A)18}
- La ACUPUNTURA puede ofrecerse como opción terapéutica para el alivio del dolor a corto plazo en la lumbalgia crónica y el dolor de rodilla ^{(Recomendación C)18}
- La terapia manual (movilización, manipulación y masaje) debe ser tenida en cuenta en la lumbalgia crónica y la cervicalgia crónica ^{(Recomendación B)18}

4.6 (i) Se informará del procedimiento a realizar, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de los riesgos, beneficios y alternativas. Se le entregará el formulario de consentimiento informado (CI) del procedimiento a realizar, según el Catálogo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (x) recomendándole su lectura reflexiva, manifestando una actitud facilitadora para atender a sus dudas y preguntas en todo momento.

4.7 El profesional de Enfermería orientará el plan de cuidados a:

- NOC 1605 Control del dolor
- NOC 1402 Autocontrol de la Ansiedad
- NOC 1813 Conocimiento Régimen terapéutico
- NOC 1808 Conocimientos: Medicación





Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • NOC 1601 Conducta de cumplimiento • NOC 1806 Conocimientos: Recursos sanitarios • NOC 0313 Nivel de autocuidados • NOC 1300 Aceptación del estado de salud • NOC 1205 Autoestima • NIC 0200 Fomento del Ejercicio • NIC 5880 Técnica de Relajación

Médico de Familia, Enfermera de Familia y Fisioterapeuta

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">5º</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> • Al mes de indicar el PTI, se realizará BPI-Sp para la funcionalidad global, la EVN para la intensidad del dolor: <ul style="list-style-type: none"> - Si se produce una disminución del $\geq 30\%$ con respecto a la puntuación inicial en la EVN y/o una disminución $\geq 2,5$ puntos con respecto a la puntuación inicial en el BPI-Sp se mantendrá el PTI instaurado y se volverá a evaluar a los 3 meses de su aplicación - Si esta disminución no se produce, se ajustará el tratamiento farmacológico de acuerdo con la pauta escalonada y se evaluará de nuevo al segundo y tercer mes de la aplicación del PTI. • A los 3 meses del inicio del PTI se realizará el BPI-Sp y la EVN: <ul style="list-style-type: none"> - Si se mantiene la reducción o disminución, se mantendrá el PTI y se volverá a evaluar a los 6 meses del inicio. - Si no se ha conseguido la reducción pese al ajuste escalonado de la intervención farmacológica, se reevaluará la intervención sobre hábitos saludables y la intervención psicoeducativa y se evaluará a los 6 meses del inicio del PTI. - Se volverá a explorar el área psicoemocional realizando nuevamente el cribado de la afectación del estado de ánimo (depresión o ansiedad) ^{(AG)17}. Si el cribado es positivo hay que realizar una evaluación complementaria utilizando las siguientes herramientas diagnósticas ^{(AG)16}: <ul style="list-style-type: none"> • GAD-7 para ansiedad • PHQ-9 para detección y valoración de depresión - En los pacientes en los que considere la ansiedad, la depresión o la somatización como diagnóstico principal, se abordarán en el marco del PAI ADS con salida de este PAI

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasados los 6 meses del inicio del PTI: <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, la intervención farmacológica y las recomendaciones de automanejo derivadas de la intervención psicoeducativa ^(AG). - Si la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico de difícil control, tributario de interconsulta a la UTD ^(AG) • Si durante el seguimiento del PTI ^(AG): <ul style="list-style-type: none"> - Se considera necesaria la valoración o intervenciones específicas por parte del médico rehabilitador (tracciones, infiltraciones articulares, o de puntos gatillo), no incluidas en el PTI o no disponibles en AP a nivel local, se gestionará la cita correspondiente. - Se indicará tratamiento con opioides mayores, se añadirán las revisiones recomendadas para el ajuste de dosis y la valoración de efectos adversos - Se gestionará la cita para interconsulta con la UTD para: ^(AG) <ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de técnicas invasivas • La rotación/cambio de opioides por aparición de efectos adversos del SNC (cita recomendada en un plazo inferior a 48 horas) • El uso de dosis superiores a 90 mg/día de morfina o dosis equianalgésicas de otros opioides mayores con dolor de difícil control (la cita recomendable en un plazo inferior a 1 mes) <p>5.2 (H) Se comprobará que el paciente ha comprendido la información sobre el Plan terapéutico a realizar y se dejará registro documental de dicha información en la Historia de Salud</p> <p>5.3 Se elaborará un informe, para la los distintos ámbitos de atención 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 profesional de Enfermería orientará el plan de cuidados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1605 Control del dolor • NOC 1402 Autocontrol de la Ansiedad • NOC 1814 Conocimiento Procedimiento Terapéutico • NOC 1808 Conocimiento Medicación

Anestesiólogo y Enfermera de la UTD

Actividades	Características de calidad
6º EVALUACIÓN	<p>6.1 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>6.2 Se evaluará al paciente mediante la aplicación del protocolo “Exploración Psicológica Prequirúrgica” ^{(AG) 29} 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>6.3 Una vez evaluado, se aplicarán las siguientes actuaciones según el motivo de la interconsulta:</p> <p>UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS INVASIVAS</p> <p>Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la realización de exploración clínica  </p> <ul style="list-style-type: none">• 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- A la valoración psicológica prequirúrgica ^{(AG)29}• Los procedimientos más utilizados son:<ul style="list-style-type: none">- Bloqueos que deprimen la actividad del Sistema Nervioso- Bloqueos miofasciales y puntos trigger- Modulación-estimulación antiálgica- Iontoforesis- Infiltraciones articulares• 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 Quirúrgico ^(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 informado, según el procedimiento y el Catálogo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales  <p>ROTACIÓN/CAMBIO DE OPIOIDES POR EFECTOS ADVERSOS DEL SNC</p> <ul style="list-style-type: none">• 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)

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Tras el ensayo de alguno de los opioides utilizados inicialmente (morfina, oxicodona, 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, oxicodona, hidromorfona) o transdérmica (Fentanilo TTS) (Recomendación B)18, • Para el proceso de cambio de un opioide a otro: <ul style="list-style-type: none"> - 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) 30 - Reducir la dosis calculada del nuevo opioide entre el 25 y el 50%, según las características individuales del paciente (edad, raza), 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)18. - 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) 30,31 - Otros opioides a considerar en la rotación ante la no consecución de los objetivos de control con los utilizados inicialmente: <ul style="list-style-type: none"> • Tapentadol: En pacientes en tratamiento con morfina, oxicodona o hidromorfona y ante la presencia de efectos adversos intolerables, este medicamento se considera una alternativa de uso (Recomendación C)5 • Metadona: Es costoeficiente, especialmente en pacientes adictos a opioides (Recomendación A)5, pudiéndose utilizar en último lugar de la selección escalonada de opioides (Nivel de evidencia A)28 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)5 y requiere mayor experiencia • 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)5

Actividades	Características de calidad
	<p>EL USO DE DOSIS SUPERIORES A 90-180 mg/día DE MORFINA O DOSIS EQUIANALGÉSICAS DE OTROS OPIOIDES MAYORES</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)6. • 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)18 • Los test de valoración inicial del riesgo de dependencia, aunque permiten estratificar el riesgo, tampoco son suficientes para detectar estos problemas (Recomendación B) 18 • Los test urinarios y las monitorizaciones del consumo/prescripción no son suficientemente útiles para detectar los problemas de utilización de estos medicamentos. (Recomendación C) 18, <p>6.4 En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a :</p> <p>NOC 1605 Control del dolor NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad NOC 1814 Conocimiento Procedimiento Terapéutico MOC 1808 Conocimiento Medicación</p> <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.</p>

Competencias específicas del equipo profesional

En el 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 y las 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 los 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).

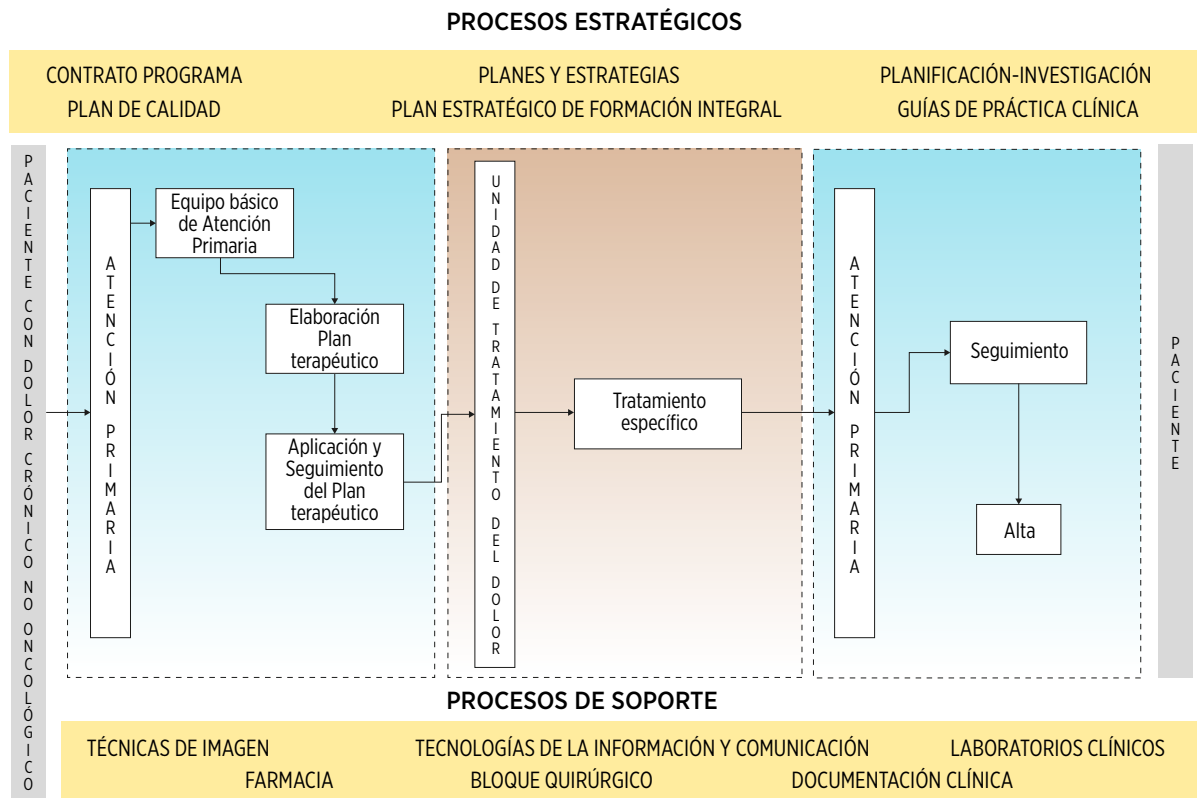
A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas

Representación Gráfica del PAI

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

► Representación global



DENOMINACIÓN	Evaluación completa con los datos específicos sobre el Síndrome Doloroso
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se ha realizado una evaluación completa con los datos específicos sobre el síndrome doloroso x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Realizar una evaluación completa de los pacientes que presentan dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La evaluación completa en los pacientes que presentan dolor crónico no oncológico 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 dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Valoración de la capacidad funcional
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado valoración de la capacidad funcional x 100. Número de pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Realizar una valoración de la capacidad funcional en todos los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	En los pacientes con dolor crónico no oncológico y por las repercusiones subjetivas que se presentan es necesario la valoración de capacidad funcional
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Exploración del Área Psicoemocional
FÓRMULA	$\text{Número de pacientes a los que se les ha realizado exploración del área psicoemocional} \times 100 / \text{Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico}$
DEFINICIÓN	Realizar exploración psicoemocional en todos los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Es necesario para el abordaje de pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico la necesidad de realizar una exploración psicoemocional
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Intervenciones farmacológicas escalonadas
FÓRMULA	$\text{Número de pacientes a los que se les ha realizado intervenciones farmacológicas de forma escalonada} \times 100 / \text{Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico}$
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 dolor crónico no oncológico deben realizarse de forma escalonada
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Cambio de línea 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 que no alcanzaron los objetivos de control de 2 puntos en las escalas correspondientes x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico 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 dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Intervención psicoeducativa 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 dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Intervención psicoeducativa en los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención psicoeducativa pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Intervención psicoeducativa individual
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una intervención psicoeducativa individual x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Intervención psicoeducativa en los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención psicoeducativa pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
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 dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Intervención psicoeducativa en los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención psicoeducativa pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Intervención rehabilitadora-física a todos los pacientes (consejo o programa de ejercicios)
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha realizado una rehabilitadora física x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Intervención rehabilitadora física en los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención rehabilitadora física pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
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 rehabilitadora física de forma individual x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Intervención rehabilitadora física de forma individual en los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención rehabilitadora física pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
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 rehabilitadora física de forma grupal x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Intervención rehabilitadora física de forma grupal en los pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La intervención rehabilitadora física pretende disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

DENOMINACIÓN	Técnicas invasivas en el dolor crónico no oncológico
FÓRMULA	Número de pacientes a los que se les ha aplicado una técnica invasiva en el tratamiento de su cuadro de dolor crónico no oncológico de difícil control y adecuado a su cuadro y localización x 100 / Número de pacientes diagnosticados de dolor crónico no oncológico
DEFINICIÓN	Aplicación de técnicas invasivas en el tratamiento de cuadros de dolor crónico no oncológico
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 Proceso Asistencial Integrado
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que presentan un cuadro de dolor crónico no oncológico
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 dolor crónico no oncológico 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 dolor crónico no oncológico
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar

Titulación de morfina

La titulación, permite calcular la dosis inicial y realizar ajustes posteriores, de cara a minimizar los efectos adversos (a corto y largo plazo) y maximizar la adherencia al tratamiento, para lo que se se deben tener en cuenta una serie de factores ^{(AG) 3.5.6.18:}

- La edad
- La toma, en las semanas previas, de algún opioide por el posible desarrollo previo de tolerancia.
- La intensidad del dolor, el tipo neurofisiológico y la enfermedad o trastorno que lo ocasiona
- La posible presencia de insuficiencia renal, hepática o respiratoria
- La toma de fármacos (benzodicepinas, hipnóticos) o sustancias (alcohol, drogas psicoactivas-cannabis, marihuana) que puedan interferir en el metabolismo de los opioides o colaborar en los efectos adversos, en particular la sedación, o aumentar el riesgo de dependencia a largo plazo.
- La presencia de dificultades en la comunicación, déficit cognitivo o grado de comunicación y participación del paciente y/o cuidador en el manejo del tratamiento

Se recomienda iniciar la titulación y ajustes con opioides de liberación rápida y una vez alcanzada una dosis diaria estable, cambiar a opioides de liberación prolongada que tendrían menos riesgos a largo plazo, de adicción y conductas aberrantes ^{(AG) 5.6.27.}

Se recomienda estratificar el riesgo de desarrollar adicción o de uso inadecuado de opioides, mediante herramientas específicas ^{(AG) 5.6.18:}

Por su simplicidad de uso para el ámbito de Atención Primaria se recomienda el Opioid Risk Tool (ORT) ^{(AG) 32}

- **Riesgo bajo:**
 - No historia actual o anterior de abuso de drogas
 - No historia familiar de abuso de drogas
 - Ausencia de trastornos psicológicos mayores sin tratamiento

- **Riesgo moderado:**
 - Historia de abuso de drogas, sometido a tratamiento y controlado actualmente
 - Historia familiar significativa de abuso de drogas
 - Trastorno psicológico pasado actual en tratamiento
- **Riesgo alto:**
 - Abuso de drogas presente en la actualidad
 - Adicción a drogas en la actualidad
 - Trastorno psicológico mayor sin tratamiento
 - Riesgo significativo para el propio paciente y para el profesional

El SOAP-R ^{(AG) 33} que aunque más extenso es un cuestionario que ha demostrado un mayor nivel de sensibilidad y especificidad que el ORT, y que puede utilizarse en situación de mayor disponibilidad clínica o en investigación, se puede obtener en español en: <http://www.painedu.org/soapp-asp>

PROCESO DE TITULACIÓN

1. **Iniciar** ^{(AG) 5.6.18} por vía oral, dosis regulares de 5-10 mg de morfina de acción rápida cada 4-6 horas; si el paciente no tomaba opioides previamente, utilizar 5 mg como dosis de inicio cada 4-6 horas.

A estas dosis regulares se añaden rescates con la misma dosis elegida como dosis de inicio, a administrar si no se logra el alivio del dolor una hora después de administrar la dosis regular y se tendrán en cuenta dichos rescates para ajustar la dosis diaria total.

2. **Ajustar la dosis** ^{(AG) 5.6} aumentando el 30-50% de la dosis previa si no se ha alcanzado el control del dolor, entendido este como una desaparición del dolor o al menos una reducción del nivel de intensidad previo del 33% en este ajuste también se tendrán en cuenta los rescates utilizados (suma de todas las dosis de rescate utilizadas). Al igual que objetivos de cambio en el dolor deben establecerse objetivos de cambio de la capacidad física evaluados con el BPI-Sp. Este porcentaje reincremento de dosis puede subir hasta el 100% para los casos de dolor muy intenso en pacientes con bajo riesgo de efectos adversos. El incremento total a realizar se distribuirá entre las dosis regulares que tome cada 4-6 horas.
3. **Cambiar** ^{(AG) 5.6.18} a morfina de liberación prolongada a partir de la dosis de morfina utilizada en los días previos, una vez conseguido el control del dolor, entendido este como alcanzar el objetivo de disminución del dolor y no usar más de 3-4 rescates diarios. Para el cambio, se calculará la dosis total diaria de morfina rápida sumando las dosis consumidas en 24 horas y se repartirá en las dosis correspondientes del

fármaco de liberación prolongada que se vaya a utilizar, por ejemplo dos dosis de morfina de liberación prolongada cada 12 horas. Junto con la dosis de morfina de liberación prolongada se prescribirán rescates por si es necesario ajustar de nuevo hasta alcanzar la dosis diaria más efectiva y con menores efectos adversos

El periodo de ajuste dependerá del entorno en el que el paciente se encuentra, y de la capacidad para monitorizar el tratamiento (intensidad del dolor, impacto en la realización de actividad, posible aparición de efectos secundarios y la adherencia-satisfacción del paciente). Se considera que dichos cambios se pueden realizar con seguridad en un periodo total entre 3 y 7 días (cambios cada 24 horas o cada 48-72 horas [\(AG\)6,30,31](#))

4. **Monitorizar** el tratamiento a medio y largo plazo, para lo que se recomienda seguir la regla de las 4A incluida dentro de las 10 precauciones universales [\(AG\)34](#) de la medicina del dolor y que supone evaluar regularmente los siguientes ítems:

- Analgesia (si se han alcanzado o no los objetivos previstos)
- Actividades (si se ha conseguido o no una mejora funcional en las actividades)
- Efectos adversos (si se han presentado o no los efectos adversos más frecuentes como náuseas y/o vómitos, estreñimiento, somnolencia, mareos/vértigos, piel seca/prurito)
- Conductas aberrantes

ROTACIÓN O CAMBIO DE OPIOIDES MAYORES

Aunque los opioides mayores no tienen techo para su efecto sobre el dolor, es habitual que con el tiempo, se desarrolle tolerancia, por lo que puede ser necesario ir subiendo la dosis para conseguir de nuevo controlar el dolor, a medida que se sube la dosis diaria sube también el riesgo de presentar efectos adversos graves, por lo que si aparecen estos o bien alcanzamos dosis elevadas sin un buen control del dolor, se debe plantear hacer la rotación o cambio (rotación “switching”) [\(AG\)4,5,6,18,28](#), de un opioide a otro (de OP-A a OP-B), algunos autores incluyen el cambio de vía de administración de un opioide dentro del concepto de rotación.

Las guías y revisiones sistemáticas advierten que la rotación es un paso clave en el que se pueden producir efectos adversos graves [\(AG\)23,31](#) y que no se debe suspender el opioide que venía tomando e iniciar bruscamente el nuevo con el 100% de la dosis calculada (estrategia “Stop and GO”), sino que debe seguirse un proceso lento y escalonado (“Start low, go slow”) que debe durar al menos 7-10 días o incluso 1 mes como recomiendan algunos autores [\(AG\)31](#)

Además los cálculos para pasar de un opioide a otro se basan en equivalencias establecidas en estudios que a veces no incluyen pacientes con comorbilidad, edad avanzada

o grado de tolerancia avanzado, por lo que algunos autores piensan que dichos cálculos están sobreestimados [\(AG\) 30,31,35](#) y conviene ser más cautelosos al cambiar a un nuevo opioide para evitar efectos adversos graves que puedan aparecer cuando se utilizan dichas tablas literalmente.

PROCESO DE ROTACIÓN

1. Cálculo de la dosis equivalente de morfina que corresponde al OP-A
2. Cálculo de la dosis del OP-B que corresponde con la dosis de morfina que se ha calculado en el paso 1
3. Ajustar a la baja la dosis de OP-B, calculada en el paso 2. Se realizará con una disminución entre el 25-75% (margen de reducción de seguridad)
4. Administrar durante 3-7 días
 - El 70% de la dosis del OP-A que venía tomando
 - El 30% de la dosis a alcanzar con el OP-B
5. Administrar durante 3-7 días
 - El 30% de la dosis de OP-A
 - El 70% de la dosis a alcanzar del OP-B
6. Administrar
 - Suspender completamente el OP-A
 - El 100% de la dosis a alcanzar con el OP-B

Nota: El porcentaje de reducción a elegir dependerá de las características individuales del paciente (descritas anteriormente) y del fenómeno de tolerancia cruzada que se produce entre distintos opioides [\(AG\) 5.6](#), el grado de dicha tolerancia es muy difícil de predecir por lo que de nuevo hay que ajustar la dosis del nuevo opioide y utilizar dosis de rescate para el caso de que aparezca dolor intenso o síntomas de abstinencia durante la rotación. En el caso de la metadona por su especial dificultad para predecir la respuesta farmacocinética [\(AG\) 5.6](#) de cada individuo, se efectuará una reducción del 75-90% de la dosis calculada en el paso 2.

El periodo de ajuste recomendado en guías de consenso establece en 3 días, pero algunos autores aconsejan 3-4 semanas para aumentar el margen de seguridad [\(AG\) 30,31](#)

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) 36}

- 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 de salud

Objetivos específicos ^{(AG) 36,37}

- 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
- 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 ^{38, 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 biopsociales 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 para ³⁸:

- 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-Sp, 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 recogida 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 [1.7,21,41,42,43,44](#)

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 estresores 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

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

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 de la misma, 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-Sp, Cuestionario de estadios de cambio en dolor crónico)

Orientación sobre ejercicio y actividad física en dolor crónico

La aplicación 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 en la osteoporosis, independientemente de la edad y patologías que presente el paciente, con el objetivo de aumentar la capacidad aeróbica, la fuerza muscular y la movilidad articular, para disminuir la intensidad del dolor, tratar la pérdida de capacidad funcional, prevenir la aparición de reagudizaciones y fomentar el automanejo, la realización de ejercicio físico y el control del peso corporal [\(AG\)45](#)

El programa a aplicar 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 [\(Recomendación A2\) 45](#)

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 [\(AG\)45](#)

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 [\(AG\)45](#)

La recomendación general para aumentar la capacidad cardiovascular y la resistencia es la realización de ejercicio físico aeróbico (caminar, nadar, bicicleta) regular, 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 [\(Recomendación A\) 45](#) 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 [\(Recomendación A\) 45](#)

- Con respecto a ejercicios de resistencia, los adultos deben entrenar cada uno de los principales grupos tendido-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 propiceptivo o las actividades con múltiples componentes como el Taiji y el Yoga pueden mejorar o mantener la función física y reducir el riesgo de caídas en personas frágiles [\(Recomendación A\) 45](#)

El ejercicio físico no neutraliza por completo los perjuicios que ocasionan las actividades sedentarias prolongadas, como estar sentado viendo la televisión, 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 [\(Recomendación B\) 45](#) y de cara al éxito en el mantenimiento del ejercicio físico a largo plazo, es aconsejable se realicen ejercicios y actividades que sean agradables [\(Recomendación B\) 45](#) y que se incluyan dentro de las rutinas de la vida diaria, las estrategias de cambio de conducta [\(Recomendación B\) 45](#) 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 [\(Recomendación D\) 45](#)

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 [\(Recomendación B\) 45](#). 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.

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 casera” 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 Borj 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, ej.: ideal en piscina
- 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: Lateroflexiones 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 predeterminar 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	
6		0	Nada	0	Nada
7	Muy, muy suave	0,5	Empieza a notar	0,5	Empieza a notar
8		0	Muy poca	0	Muy poca
9	Muy poco	1	Poca	1	Poca
10		2	Moderada	2	Moderada
11	Poco	3	Algo más severa	3	Algo más severa
12		4	Severa	4	Severa
13	Algo duro	5		5	
14		6	Muy severa	6	Muy severa
15	Duro	7		7	
16		8		8	
17	Muy duro	9		9	
18		10	Muy, muy severa	10	Muy, muy severa
19	Muy, muy duro				
20		¿?	Insoportable	¿?	

Entre las puntuaciones 11 y 13 de la percepción de esfuerzo, se considera que la persona está trabajando a un 75% de su frecuencia cardíaca máxima, que es lo que debe alcanzar a la hora de realizar el ejercicio. Las puntuaciones en dificultad para respirar y cansancio de piernas es aconsejable que oscilen entre 2 y 4 de esta escala de Börg modificada.

Bibliografía

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; c2001-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/btbLsS>
2. GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [s.l.]: GRADE; c2005-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/3cH4w>
3. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. [Internet]. Anesthesiology. 2010; 112: 810-33 [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/s5hFvJ>
4. University of Michigan Health System. Managing chronic non-terminal pain in adults including prescribing controlled substances [Internet]. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2011. [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/ouPfFx>
5. National Opioid Use Guideline Group (NOUGG). Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain [Internet]. (NOUGG);2010 [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/VzKH6X>
6. Laxmaiah MD, Salahadin A, Sairam A, Carl C. Bolog, C, Ramsin, MB, MD5. Boswell M, American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part 2--guidance. Pain Physician [Internet]. 2012;15:S67-116. [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/vZuO19>
7. Organización Mundial de la Salud. Nueve soluciones para la seguridad del paciente. [Internet] Washington: Ginebra: OMS; 2007 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/CTh6Vc>
8. Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortés-Martínez C, Fernández-de la Mota E. Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/nQtOio>
9. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado nº. 274. (15-11-2002) [citado 03/03/2002]. URL: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
10. ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 152, [citado 03/03/2014] URL: http://www.comcordoba.com/contenidos/adjuntos/BOJA_2009-08-06_N152_Consentimiento_informado.pdf
11. Simón-Lorda P, Esteban-López S, (Coord). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011 [citado 24/02/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupal/jda/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf
12. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Catálogo de formularios de consentimiento Informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. [citado 27/02/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/consentimiento.html>
13. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier 2005

14. Bulechen, GM, Butcher, HK, Mc Closket Dochterman, J (eds) Clasificación de Enfermería (NIC) 5ª Ed. Madrid: Elsevier 2009
15. Gávez R, Pardo A, Cerón JM, Villasante F, Aranguen JL, Saldaña, et al. Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario ID-Pain© para la detección del dolor neuropático Med Cli [Internet]. 2008; 131:572-78 [citado 25/02/2014]. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308754320>
16. De García M, Marcó M, Ruiz J. Protocolo de evaluación psicológica de la fibromialgia. Med. Clin (Barc) [Internet]. 2008;131:572-8. [citado 25/02/2014]. URL: <http://www.psicolegs.org/Fotos/protocol.pdf>
17. Díaz del Peral, D (Coord). Proceso asistencial integrado Ansiedad. Depresión. Somatización [internet]. 2ª Ed. [Sevilla]: Consejería de Salud; 2011 [citado 25/02/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/ansiedad_depresion_somatizaciones/ansiedad_depresion_somatizacion_2e.pdf
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Chronic Pain [Internet]. Edimburgo: SIGN 136. Diciembre 2013 (SIGN publication nº 136) [December 2013] [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/pXoxRi>
19. Morales-Asencio, JM (Coord). Proceso Asistencial Integrado Atención a las personas fumadoras [Internet] 1ª Ed. [Sevilla]: Consejería de Salud; 2008 [citado 25/02/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/personas_fumadoras_v3?perfil=org
20. Muñoz-Bellerín J (Coord). Plan de promoción de la actividad física y alimentación equilibrada 2004-2008 [Internet]. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. [citado 10/03/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_actividad_fisica_alimentacion_equilibrada
21. 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. J Pain. [Internet]. 2008;9:105-21 (citado 10/03/2014). URL: <http://goo.gl/JNiNQO>
22. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. London: NICE 173 [November 2013] [Internet]. [citado 25/07/2014] URL: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG173>
23. Pérez-Irazusta I., Alcorta-Michelena I., Aguirre-Lerjaregui G., Aristegi-Racero G., Caso-Martinez J., Esquisabel-Martinez R., et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia [Internet]. Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz. [citado 10/03/2014]. URL: <http://goo.gl/OCW6A4>
24. 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]. 2011; 11;342:c7086 [citado 10/03/2014]. URL: <http://goo.gl/l1AhsH>
25. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Osteoarthritis: The Care and Management of Osteoarthritis in adults [Internet]. London: NICE 59. [Febrero 2008] [citado 25/02/2014]. URL: <http://www.nice.org.uk/CG59>
26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dyspepsia: Management of dyspepsia in adults in primary care [Internet]. NICE 17 [une 2005] [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/QHq0aj>
27. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I--evidence assessment. Pain Physician [Internet]. 2012;15:S1-65 [citado 10/03/2014]. URL: <http://painphysicianjournal.com/2012/july/2012;15;S1-S66.pdf>
28. Grupo de trabajo sobre materiales para el afrontamiento de acontecimientos adversos de la vida coti-

- diana. Materiales para el afrontamiento las dificultades de la vida cotidiana. Guía para profesionales [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Área de Evaluación y Calidad; 2012 [citado 25/02/2014]. URL: <http://goo.gl/JMrJiE>
29. Rodríguez-López M, Cáliz-Cáliz R, Castilla-Serrano FJ, Esteve-Zaragoza R, García-Montes I, Guerra-de Hoyos JA, et al. Proceso Asistencial Integrado Dolor crónico no oncológico [Internet]. 1ª ed. Sevilla: 2007. pág. 157-158. Anexo 17; [citado 20/2/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/dolor_cronico_v3?perfil=org
 30. Fine PG, Portenoy RK; Ad Hoc Expert Panel on Evidence Review and Guidelines for Opioid Rotation. Establishing “Best Practices” for Opioid Rotation: Conclusions of an Expert Panel. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2009;38:418-25 [citado 10/03/2014]. URL: <http://goo.gl/j4f499>
 31. Webster LR, Fine PG. Overdose deaths demand a new paradigm for opioid rotation. Pain Med [Internet]. 2012;13:571-4 [citado 10/04/2014]. URL: <http://goo.gl/cQcGJ3>
 32. Webster LR. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool Pain Medicine [Internet]. 2005;6(6):432-442 [citado 10/03/2014]. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x/>
 33. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross-Validation of a Screener to Predict Opioid Misuse in Chronic Pain Patients (SOA-PP-R). J Addict Med. [Internet]. 2009;3:66-73. [citado 10/03/2014]. URL: <http://www.painedu.org/soapp.asp>
 34. Gourlay D, Heit HA, Almahrezi A. Universal Precautions in Pain Medicine: A Rational Approach to the Treatment of Chronic Pain. Pain Medicine [Internet]. 2005;6:107-12 [citado 10.01.201]. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x/>
 35. Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W, Davis MP, Lagman RL. Opioid equianalgesic tables: are they all equally dangerous?. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2009;38:409-17. [citado 20/03/2014]. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392409006484>
 36. Moix, Jenny y Kovacs, F, (eds). Manual del dolor. Tratamiento cognitivo del dolor crónico. 1ª Ed. Barcelona: Paidós; 2009.
 37. Miró, Jordi. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. 1ª Ed. Bilbao: Desclé; 2006
 38. The British pain Society. Recomendad Guideline for Pain Management Programme for Adults, [internet]. London: 2007. The British pain Society [citado 20/2/2014]. URKL: http://www.britishpainsociety.org/book_pmp_main.pdf
 39. Rodríguez-Franco L, Cano-García FJ. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Actualizaciones en dolor [Internet]. 2001; 2(4): 279-288 [citado 20/02/2014]. URL: <http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDO%2001.pdf>
 40. Collado-Cruz, A, Torres-Mata X; Arias-Gassol A, Cerdà-Gabaroí D, Vilarrasa R; Valdés-Miyar et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. [Internet] Med CI 2001;117 (11): 401-5 [citado 20/02/2014]. URL: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/eficacia-tratamiento-multidisciplinario-dolor-cronico-incapacitante-aparato-13019511-originales-2001>
 41. Ersek M, Turner J, McCurry S, Gibbons L, Kraybill B. Efficacy of a Self-management group interventions for elderly persons with chronic pain. [internet] The Clinical Journal of Pain 2003. 19 (3): 156-167: [citado 20/02/2014]. URL: http://journals.lww.com/clinical-pain/Abstract/2003/05000/Efficacy_of_a_Self_Management_Group_Intervention.3.aspx
 42. Mullen PD, Laville EA, Biddle AK, Lorig K. Efficacy of psychoeducational interventions on pain, depression, and disability in people with arthritis: a meta analysis.

[internet] Journal of Rheumatology, 1987 14 Suppl 15: 33-39: [citado 20/02/2014]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3656305>

43. LeFort S, Gray-Donald K, Rowat K, Jeans M. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain.[internet] Pain, 1998; 74 (2-3): 297-309: [citado 20/02/2014]. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395997001905>

44. 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. [Internet] .JBI Library

of Systematic Reviews 2010; 8 (28):1112-1168: [citado 20/02/2014]. URL: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/210889-RS-DOLOR-CRONICO-ES-PANOL.pdf>

45. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. [internet]. Medicine & Science in Sports & Exercise. 43:1334-1359: [citado 20/04/2014] URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21694556>

