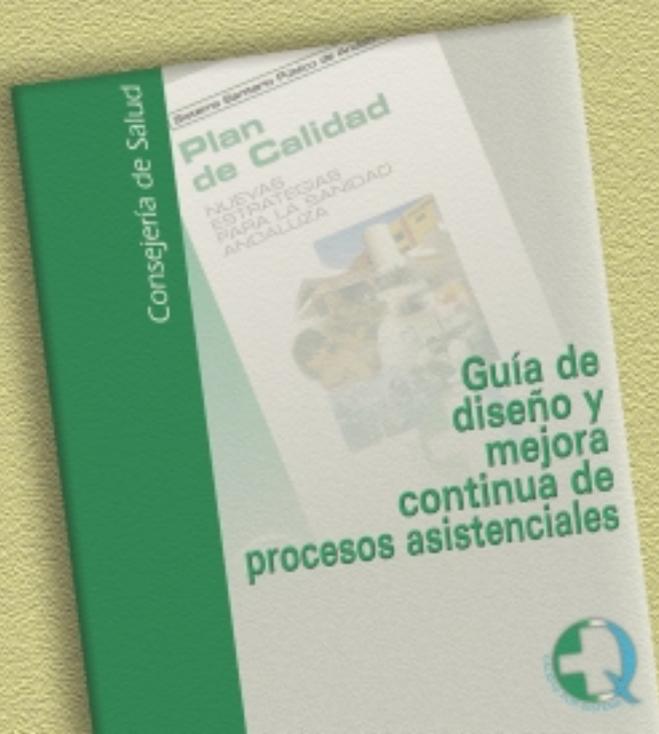


CONSEJERÍA DE SALUD

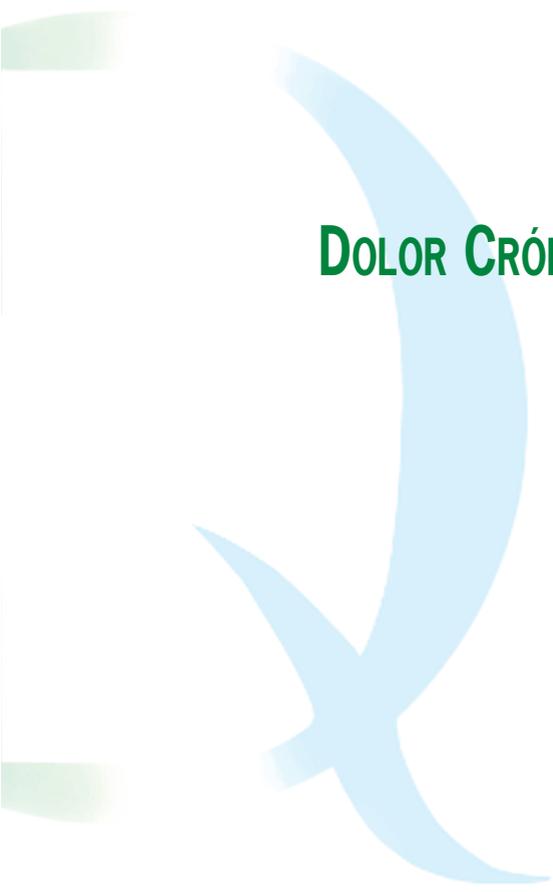
PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO

Dolor Crónico No Oncológico



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

DOLOR CRÓNICO No ONCOLÓGICO



DOLOR crónico no oncológico : proceso
asistencial integrado. - [Sevilla] :
Consejería de Salud, [2007]
172 p. ; 24 cm + 1 CDROM
1. Dolor 2. Enfermedad crónica 3. Calidad
de la atención de salud 4. Pautas prácticas
5. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud
WL 704

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-690-5101-6

Depósito Legal: S-203-2007

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento



AUTORES

Manuel J. Rodríguez López (Coordinador); Rafael Cáliz Cáliz; Francisco José Castilla Serrano; Rosa Esteve Zaragaza; Inmaculada Garcia Montes; Juan Antonio Guerra de Hoyos; Jerónimo Herrera Silva; Manuel Lubián López; Juana Sánchez Jiménez; Juan Francisco Sorroche Rodríguez; Reyes Sanz Amores.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	23
4. COMPONENTES	25
Descripción general	25
Profesionales. Actividades. Características de calidad	31
Competencias profesionales	53
Recursos. Características generales. Requisitos	67
Unidades de soporte	70
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	71
6. INDICADORES	81
ANEXOS	
Anexo 1. Escala numérica de valoración del dolor	85
Anexo 2. Brief pain inventory (BIP-Sp)	87
Anexo 3. Cuestionario DN4	89
Anexo 4. Síntomas de alarma de diferentes localizaciones	91
Anexo 5. Plan de cuidados estandarizado de enfermería	93
Anexo 6. Estilos de vida saludables	103
Anexo 7. Recomendaciones para el uso de AINE, en la práctica clínica	107
Anexo 8. Gastroprotección en pacientes consumidores de AINEs	109
Anexo 9. Recomendaciones del grupo de trabajo de sed (la Sociedad Española del Dolor) para la utilización de opiáceos mayores en el dolor crónico no oncológico	111
Anexo 10. Presentaciones actuales de fármacos recomendados, en el manejo del dolor crónico e interacciones farmacológicas más frecuentes	113
Anexo 11. Medicina física y rehabilitación	121
Anexo 12. Escalas para la Evaluación psicológica y funcional	135
Anexo 13. Técnica de infiltración articular	145
Anexo 14. Esquema de las sesiones de intervención grupal	147
Anexo 15. Acupuntura	151
Anexo 16. Instrumentos recomendados para la evaluación psicológica individualizada	155
Anexo 17. Protocolo de evaluación psicológica para técnicas invasivas	157
Anexo 18. Técnicas invasivas	159
Bibliografía	163

1 INTRODUCCIÓN

El dolor es una realidad filosóficamente imperfecta pues, sólo admitimos su existencia cuando somos nosotros los que sufrimos o bien acreditamos lo que otros nos comunican. Desde un punto de vista objetivo no tenemos medios que nos ayuden a confirmar el nivel del dolor que un paciente nos refiere. Como mucho, podemos llegar a entender la realidad del dolor en aquellos casos en los que una agresión o una lesión tisular lo hacen obvio.

Debemos considerar el dolor como un fenómeno complejo y especulativo en todas sus vertientes; tanto biofisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y comportamentales, que deben ser correctamente entendidas. El "qué" duele y el "por qué" duele, son condiciones indispensables para poder conseguir una correcta caracterización clínica y plantear, al mismo tiempo, una adecuada estrategia terapéutica.

Esta comprensión íntima e intrínseca del dolor se debe de realizar desde distintas especialidades médicas, por lo que es necesario su planteamiento multidisciplinar. Este concepto de multidisciplinaridad es, al mismo tiempo, la base de la estrategia moderna para el diagnóstico y el tratamiento del dolor.

La transformación, a través del tiempo, del dolor agudo en dolor crónico y la suma de otros fenómenos, convierten un síntoma en una verdadera enfermedad llegándose a constituir un síndrome con identidad propia que tiene al dolor como su epicentro. Y es dentro de esta filosofía, y dejando aparte la posibilidad de un eventual fracaso en su erradicación, lo que confirmaría tanto la complejidad como el misterio que encierra. Por ello, creemos que es lícito afirmar que el dolor puede y debe ser tratado con unas perspectivas de éxito que van a ser proporcionales al entendimiento que tengamos de él y, al mismo tiempo, de la ade-

cuada preparación científica de los distintos profesionales de la salud y del manejo juicioso que hagamos de todos los recursos, tanto técnicos como humanos disponibles.

Es necesario recordar, aquí, a los pioneros en el estudio y tratamiento del dolor, que, soportando muchas veces la incompreensión del resto de sus compañeros se volcaron sobre una actividad que, en aquellos momentos, se consideraba como poco importante dentro de un universo de causas consideradas más nobles y más seductoras y, que a pesar de ello, supieron vencer y superar todas las incompreensiones estableciendo una serie de normas y conceptos que han servido para formar las bases científicas en la que se asienta, tal como hoy lo entendemos y aceptamos, el área del dolor.

El dolor constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la asistencia sanitaria nacional, existiendo numerosas evidencias que demuestran que el dolor, se trata de forma insuficiente. Tal hecho puede ser comprensible en algunos tipos de dolor crónico que son de difícil tratamiento, pero es menos explicable en la mayoría de los cuadros de dolor, tanto agudo como crónico, en los que hoy existen suficientes evidencias terapéuticas para tratarlos de forma adecuada. Es fácil, por tanto, estar de acuerdo que es indispensable la formación adecuada de los médicos en el tratamiento del dolor, independiente de la especialidad que tengan y de su ámbito asistencial.

Todos estos aspectos mencionados han sido el punto de partida para reordenar, en el Proceso Asistencial Integrado, las actividades llevadas a cabo por los diferentes profesionales que abordan el dolor crónico no oncológico y han obligado a realizar una revisión de la evidencia disponible sobre qué profesionales, dónde debe ser abordado el dolor crónico, cómo, y qué competencias deben tener estos profesionales.

La evidencia disponible, actualmente, pone de manifiesto que una correcta valoración biopsicosocial, un plan terapéutico correcto e individualizado y un manejo multidisciplinario mejoran el dolor crónico en lo que respecta a la disminución del dolor, pero sobre todo en lo referente a aspectos psicológicos y funcionales.

Como objetivo general del Proceso asistencial integrado estaría la mejora de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, de una manera racional, planificada y eficiente, garantizando el tratamiento adecuado del dolor mediante la coordinación de los distintos niveles asistenciales y de los recursos disponibles, aprovechando todos los existentes, asegurando la equidad, sin distinción por el tipo de enfermedad ni ámbito de atención, proporcionando calidad, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos para conseguir la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención a pacientes con dolor crónico no oncológico.

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a la identificación, evaluación, abordaje, seguimiento y tratamiento de los pacientes con dolor crónico no oncológico.

Límite de entrada: Paciente que cumple los siguientes criterios:

- Dolor de cualquier localización, con una duración superior a 3 meses, con intensidad moderada, según la escala visual numérica (EVN) y/o que deteriore la capacidad funcional.

Límite final:

- Resolución del dolor y sus consecuencias.
- Diagnóstico de patología con tratamiento específico y curación del dolor crónico.

Límites marginales:

- Fibromialgia, por ser motivo de otro Proceso Asistencial.
- Pacientes en edad pediátrica.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTES/FAMILIARES

Accesibilidad

- Posibilidad real y ágil de elegir especialista u otros/as profesionales, así como de elegir el centro donde quieren recibir tratamiento o ser intervenidos/as quirúrgicamente.
- Acceso a los especialistas que les tratan, en los momentos de crisis o imprevistos.
- Concertación automática de las citas de seguimiento sin necesidad de realizar trámites y que éstas se produzcan en el momento fijado.
- Posibilidad real de contactar con los centros por teléfono.
- Cita única y coordinada para las consultas y las pruebas.
- Que las fechas de las citas (para consultas o pruebas) se obtengan en un plazo breve de tiempo desde que se solicitan.
- Que se realicen todas las pruebas diagnósticas en el plazo de tiempo más breve posible, concentrándolas en el mismo día.
- Que los facultativos les prescriban todas las pruebas necesarias y les diagnostiquen según los resultados de las mismas.

- Que se minimicen las listas de espera para la realización de pruebas, para acceder a las consultas de AE y para las intervenciones quirúrgicas.
- Información sobre su situación en las listas de espera.
- Que se les ofrezca la oportunidad de acceder a ayuda psicológica cuando la necesiten.
- Déficit en el acceso a atención psicológica en el Servicio Andaluz de Salud para aquellas personas que consideran lo hubieran necesitado para sobrellevar su enfermedad.
- Concertación automática de revisiones.

Capacidad de respuesta

- Que los facultativos tengan capacidad, sensibilidad y ocasión para responder eficaz y puntualmente, a sus necesidades, por ejemplo, atendiéndoles personal o telefónicamente cuando sucede algún imprevisto, o si han de realizar alguna consulta urgente o sufren una crisis.
- Que se concierten las citas de AE considerando los plazos en que estarán disponibles los resultados de las pruebas para que la consulta pueda ser completa.
- Que se aumente la capacidad de respuesta del servicio de Urgencias hospitalario.

Cortesía

- Que en todos los centros sanitarios se les proporcione un trato correcto, amable y considerado.
- Que todos los profesionales les atiendan, les escuchen y les dediquen un tiempo suficiente. Que les miren a la cara.
- Que todos los profesionales den la justa importancia a su dolencia y sintomatología: escuchándoles, examinándoles detenidamente, y pidiéndoles las pruebas que sean necesarias.
- Durante el desarrollo de las consultas se les deben facilitar explicaciones sobre lo que está sucediendo o va a suceder, por ejemplo, cuando se disponen a aplicarles una inyección ("que no lo hagan por sorpresa").
- Que el trato recibido en la medicina pública sea, en general, tan bueno como el que reciben en la medicina privada.

Comunicación

- Información, verbal y escrita, sobre todos los aspectos relativos a la dolencia, el tratamiento o el proceso asistencial (incluida su situación en las listas de espera).
- Que la información se exprese en un lenguaje claro, llano y asequible para personas sin conocimientos médicos.
- Que se les faciliten sus informes médicos.

- En las consultas, al realizar los reconocimientos o aplicar tratamientos, los profesionales deben ir explicando los pasos que están dando y/o lo que les van a hacer.
- Que se les comuniquen los diagnósticos y toda la información de la forma más animosa y positiva, aportando alternativas y soluciones, siempre que sea posible.
- Que todos los profesionales dediquen un tiempo suficiente a cada consulta.
- Que los médicos favorezcan en las consultas un clima que posibilite el establecimiento de una buena comunicación profesional-paciente y paciente-profesional, ofreciendo la suficiente confianza y tiempo para que se puedan plantear con libertad dudas y preguntas.
- Que los profesionales se "aseguren" de que los/as pacientes comprenden sus indicaciones.
- Que se promueva la realización de charlas u otras actividades informativas para los/as pacientes.
- Que se estimule, en la medida de lo posible, la participación de los/as pacientes en su proceso, por ejemplo, consultándoles sobre determinadas decisiones como cambiarles de especialista.

Competencia profesional

- Que sus médicos y médicas generen en las consultas y en sus pacientes confianza por sus actuaciones y sus actitudes.
- Que les atienda siempre el/la mismo/a médico de AP o AE.
- Que haya coherencia entre las informaciones, prescripciones y tratamiento que les recomiendan los distintos médicos que les tratan (en el caso de que sean varios/as).
- Que se les facilite el acceso a una segunda opinión médica, cuando lo requieran.
- Tratamientos eficaces para frenar el deterioro que provoca la enfermedad y para acabar con el dolor o mantenerlo dentro de niveles controlados y soportables.
- Que les alivien su proceso para poder llevar una vida digna sin limitaciones excesivas, mantener el dolor en niveles controlados soportables.
- Que se les informe sobre líneas de investigación o nuevos tratamientos que pudieran mejorar su proceso en caso de fracaso de los actuales.

Seguridad

- Posibilidad de elegir el facultativo de AE y, en general, los profesionales que les atiendan.
- Acceder a facultativos de AE en situaciones de dudas o imprevistos.
- Que las consultas puedan transcurrir en un clima de cierta tranquilidad, sin percibir prisas.
- Que los profesionales que les atienden sean competentes y con experiencia.

- Coordinación entre los distintos profesionales que les asisten y que no les aporten informaciones o recomendaciones contradictorias.
- Que el tratamiento que les prescriben sea eficaz y alivie su sintomatología.

Tangibilidad

- Que los centros sanitarios donde reciben atención estén dotados con todo el equipamiento necesario.
- Posibilidad de disponer de habitaciones individuales durante sus ingresos hospitalarios.
- Que se "controle", de alguna manera, en los hospitales el nivel de "ruido" y las molestias que ocasionan las visitas demasiado numerosas.
- Controlar en los hospitales el nivel de ruido y la climatización.

EXPECTATIVAS DE PROFESIONALES

Enfermeras de Atención Primaria¹

- Oportunidad de disminuir la demanda en consulta y en servicios de urgencias por ese tipo de problemas y dar seguridad al paciente ante estas situaciones.
- Poder prestar apoyo psicológico a familiares y enfermos.
- Generar expectativas en los pacientes que luego no se puedan cubrir, ni darles continuidad.
- Enseñar al paciente a manejar el tratamiento de su dolor crónico, sobre todo, que sea capaz de mejorar su autonomía ante el problema.
- Enseñar técnicas de relajación para control del dolor.
- Mayor implicación de los profesionales reforzada de más recursos personales para prestar esta atención plenamente.
- Una mayor interrelación entre la Unidad del dolor y Atención Primaria.
- Necesidad de contar en los Centros con personas de referencia en el ámbito de enfermería; que nos valgan para aclarar dudas, sugerencias, respuestas, etc.
- Homogeneización de actividades enfermeras respecto al dolor.
- Unificación de criterios: que todos demos el mismo mensaje.
- Es necesario que nos formemos en procedimientos no farmacológicos en el tratamiento del dolor: digitopresión, acupuntura, relajación...
- Formación sobre enfermedades que cursan con dolor crónico (etiología, síntomas...)

¹. Respuestas a una encuesta realizada a las enfermeras comunitarias del Distrito Poniente de Almería.

- Reacciones adversas y efectos secundarios de analgésicos.
- Abrir un campo de investigación, poco trabajado, en la Enfermería.
- Se aumentarán los servicios enfermeros ofertados desarrollando nuestra profesión.

Profesionales de las Unidades del Dolor²

- Estudiar y valorar cuales son los déficit de los profesionales que en estos momentos están trabajando en las unidades del dolor en Andalucía. Existe un déficit de formación sobre todo a nivel de tratamientos invasivos.
- A nivel de la Atención Primaria: Formar a los formadores. Seleccionar a una serie de Médicos de familia verdaderamente interesados en el dolor y formarlos mediante un curso teórico-práctico con rotación dentro de una Unidad del Dolor. Una vez formados, ellos se encargaran de actuar de formadores de sus compañeros.
- Puesta en marcha de un Programa de Formación básica tanto para los médicos de Familia como para la Enfermería.
- Establecimiento de una Red de Atención al paciente con dolor desde la Atención Primaria hacia la Atención Especializada como solución a los problemas actuales de las Unidades del Dolor.
- Establecer una red de Unidades del dolor multidisciplinarias dependientes del nivel de cada Hospital. En dichas Unidades del Dolor deberían estar constituidas por médicos pertenecientes a, por lo menos dos especialidades médicas siendo una de ellas la Anestesiología. (de forma obligatoria)
- Debería ser obligatorio la presencia en las Unidades pertenecientes a los Hospitales de Nivel III de un/a Psicólogo.

Médicos de Familia³

- Mejorar la capacidad de resolución de los profesionales de AP, con acceso a todos los recursos diagnósticos, que permitan agilizar el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Adecuar los cupos y demandas de todos los profesionales para mejorar el tiempo de consulta de cada paciente para que sea atendido de una forma integral, permitiendo realizar una entrevista clínica completa, con el uso de escalas de valoración del dolor, que proporcione una buena relación médico paciente que establezca confianza para obtener objetivos terapéuticos.
- Poder tener la posibilidad de acceder a la agenda para citar al paciente de forma programada y evitar que tenga que volver a pedir cita.
- Poder facilitar al paciente un horario de consulta telefónica en caso de duda.

². Tormenta de ideas realizadas por la Sociedad Andaluza del Dolor.

³. Tormenta de ideas realizada en el Centro de salud de Berja, Distrito Poniente de Almería.

- Mejorar la formación en el tratamiento del dolor y mantenerse actualizado mediante cursos, reuniones, talleres y sesiones clínicas en todos los centros de salud.
- Que la política de uso racional del medicamento este en consonancia con la mejor evidencia disponible y no por criterios economicistas.
- Coordinación con Atención Especializada para mejorar el acceso del paciente a la consulta y que este llegue con las pruebas diagnósticas precisas para valorar tratamiento especializado, criterios lógicos y ágiles de derivación sin demora excesiva y con posibilidad de remisión urgente sin tener que acceder por servicio de urgencias de hospital.
- Fluidez en la comunicación con AE, acceso a consulta telefónica.
- Tener acceso a tratamiento no farmacológico del dolor. Conocer los recursos de nuestras zonas (gimnasia, técnicas de relajación, piscinas climatizadas...) que podamos recomendar a nuestros pacientes.
- Apoyo psicológico del paciente con dolor desde el centro de salud.
- Crear grupos de educación sanitaria para pacientes con dolor crónico no oncológico.
- Consultas y centros adecuados y confortables para el trabajo sanitario con el equipamiento necesario.
- Consensuar tratamientos basados en la evidencia entre AE y AP para evitar contradicciones entre ambos niveles.
- Mejorar la valoración del dolor en pacientes domiciliarios.
- Adecuar los equipos de los centros de salud (fisioterapeuta, trabajador social, enfermería, médico) contar con posible personal de apoyo de especializada (psicólogo de salud mental) para puesta en marcha de programas de mejora de las funciones vitales (técnicas de relajación, métodos alternativos no farmacológicos).

Psicólogos

- Que cuando se presenta el problema de dolor, el personal sanitario proporcione a los pacientes una serie de consejos que eviten que se produzca un deterioro de sus condiciones de vida.
- Que todo el personal sanitario tenga un mejor conocimiento de las variables psicológicas que influyen en la experiencia de dolor crónico.
- Que se le proporcione a todo el personal sanitario formación respecto a los factores psicológicos que influyen en la experiencia del dolor crónico.
- Que los pacientes con dolor crónico puedan acceder a la atención psicológica especializada si su situación lo hace necesario.
- Que la evaluación de los pacientes con dolor crónico se realice de forma integral, incluyendo las variables psicológicas que se ha demostrado que son clave en el pronóstico y el tratamiento del problema.

- Que los psicólogos del SAS tengan una formación completa en lo relativo a la intervención en pacientes con dolor crónico.
- Que mejore la coordinación entre todo el personal sanitario que atiende a los pacientes con dolor crónico, incluyendo a los psicólogos.
- Que se delimiten los criterios de derivación a los distintos niveles de atención psicológica.

Rehabilitadores

- Queremos realizar un trabajo conjunto con el resto de los especialistas implicados en dolor, aportando nuestros conocimientos en técnicas específicas de la Medicina Física y Rehabilitación en las Unidades del Dolor.
- Mayor formación en técnicas del dolor y colaborar en las Unidades del dolor como parte integrante y total de las mismas.
- Creemos que podemos aportar (dar valor añadido) en dichas unidades nuestra formación en exploración del aparato locomotor y sistema nervioso central y periférico. Así como la valoración de las discapacidades y las posibles compensaciones y/o suplencias y/o adaptaciones a la nueva situación (a nivel del paciente y de la familia).
- Según se planteen en el futuro las Unidades del dolor, el Médico rehabilitador deberá ser integrante de dicha Unidad, en la que actuará como "medico del dolor", utilizando tanto las medidas propias de la especialidad de rehabilitación como otras aprendidas en un programa de "formación para el tratamiento del dolor".

Reumatólogos⁴

- Coordinación con Atención Primaria para la derivación de pacientes con dolor crónico no oncológico con criterios de captación.
- Conseguir flujos unidireccionales de los pacientes desde Atención Primaria, para que no sean vistos por distintos especialistas a la vez.
- Acortar tiempos de espera.
- Realizar cursos teóricos-prácticos con Atención Primaria.
- Accesibilidad rápida a pruebas diagnósticas principalmente a técnicas de imagen –RMN, TAC– y así como a estudios neurofisiológicos.
- Establecimiento rápido de circuitos con otros especialistas – Rehabilitación, Traumatología, Neurología y Neurocirugía.
- Adecuación de plantillas y de las consultas con una enfermera formada en dolor crónico.
- Formación y reciclaje en el dolor tanto de los Reumatólogos como de los MIR de reumatología.

4. Tormenta de ideas de la Sección de Reumatología y de la Sociedad Andaluza de Reumatología.

- Poder contar con la presencia de un/a Psicólogo.
- Formar parte de las Unidades de Dolor.

Traumatólogos⁵

- Elaboración de protocolos propios incluyendo la utilización de la escalera analgésica de la OMS.
- Difusión y presencia física de estos protocolos en los puntos de trabajo dónde se necesitan.
- Sesiones conjuntas periódicas con especialidades implicadas en el manejo de estos pacientes, como son las unidades de dolor y rehabilitación.
- Apoyo y orientación psicológica para el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.
- Mayor tiempo en la consulta para poder detectar y orientar problemas no estrictamente médicos implicados en este tipo de pacientes.
- Coordinación con los servicios dónde derivamos a pacientes con dolor crónico no oncológico para no perder su seguimiento y así poder beneficiarnos de conocer la evolución de los mismos con los diferentes tratamientos. Necesitamos el feed-back.
- Poder disponer de información por parte de profesionales como pudieran ser trabajadores sociales que nos puedan informar sobre las actividades del paciente previas al momento de aparición del motivo de la consulta, sobre la situación social que pudiera detectar algún interés no manifestado e información sobre cómo poder adaptar la vida y hábitat de los pacientes que tratamos según su situación final y el tipo de actividad recomendada.

⁵. Tormenta de ideas del Servicio de COT del Hospital Virgen de Valme. Sevilla.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN ASISTENCIAL**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar la consulta médica para diagnóstico y seguimiento de forma individualizada por el mismo profesional.
- Garantizar un plan para control del dolor y otros síntomas asociados.
- Garantizar una programación de citas adecuada al plan de actuación.
- Facilitar horario de contacto telefónico con los diferentes profesionales.
- Garantizar la atención domiciliaria.
- Garantizar información en términos comprensibles para el paciente.
- Garantizar la ayuda en la toma de decisiones compartidas para las diferentes alternativas terapéuticas.
- Garantizar la intervención psicológica en estos pacientes.
- Garantizar la continuidad en la atención por los mismos profesionales en los diferentes niveles asistenciales.
- Garantizar el acceso a cualquier tratamiento efectivo, eliminando trámites burocráticos.
- Garantizar la valoración enfermera de las necesidades básicas del paciente con dolor crónico mediante entrevista clínica, cuestionarios y escalas validadas para establecer el plan de cuidados individualizado.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con dolor crónico.

DESTINATARIO: MÉDICOS DE FAMILIA

FLUJOS DE SALIDA: COMPETENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Formación en el manejo del dolor, establecer como prioritario planes de formación y puesta al día en tratamiento del dolor en los planes de formación de cada Distrito.
- Adecuación del tiempo de consulta a cada paciente.
- Garantía de acceso a pruebas diagnósticas pertinentes para la correcta evaluación del paciente.

DESTINATARIO: ENFERMERAS

FLUJOS DE SALIDA: COMPETENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Formación en el manejo del dolor, establecer como prioritario planes de formación y puesta al día en tratamiento del dolor en los planes de formación de cada Distrito.
- Adecuación del tiempo de consulta a cada paciente.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	IDENTIFICACIÓN
QUIÉN	Médicos y Enfermeras
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Consulta de AP o AE
CÓMO	Criterios establecidos

QUÉ	EVALUACIÓN INICIAL
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermera/Trabajador social/Equipo rehabilitador
CUÁNDO	2º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, incluyendo la valoración enfermera

QUÉ	PLAN TERAPÉUTICO INICIAL
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermera/Médico rehabilitador
CUÁNDO	3º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, incluyendo el Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermera/Equipo rehabilitador
CUÁNDO	4º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC

QUÉ	INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermera/Médico rehabilitador
CUÁNDO	5º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC

QUÉ	INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermera/Equipo rehabilitador
CUÁNDO	6º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	SEGUIMIENTO
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermera/Equipo rehabilitador
CUÁNDO	7º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	EVALUACIÓN
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)
CUÁNDO	8º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	PLAN TERAPÉUTICO
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)
CUÁNDO	9º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)
CUÁNDO	10 ^º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC

QUÉ	INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)
CUÁNDO	11 ^º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC

QUÉ	INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)
CUÁNDO	12 ^º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	SEGUIMIENTO
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)
CUÁNDO	13 ^º
DÓNDE	AP
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	EVALUACIÓN DOLOR CRÓNICO DE DIFÍCIL CONTROL
QUIÉN	Equipo hospitalario multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)
CUÁNDO	14º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	PLAN TERAPÉUTICO
QUIÉN	Equipo hospitalario multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)
CUÁNDO	15º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES
QUIÉN	Equipo hospitalario multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)
CUÁNDO	16º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía de actuación según GPC

QUÉ	INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA
QUIÉN	Equipo hospitalario multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)
CUÁNDO	17º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía de actuación según GPC

QUÉ	INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA
QUIÉN	Equipo multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)
CUÁNDO	18º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía de actuación según GPC, Plan de cuidados enfermeros

QUÉ	SEGUIMIENTO
QUIÉN	Equipo hospitalario multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)
CUÁNDO	19º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía de actuación según GPC



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Médicos y enfermeras de cualquier nivel asistencial

Actividades	Características de calidad
Identificación	<ul style="list-style-type: none">• Se realiza mediante la presencia de dolor, de cualquier localización, con una duración ≥ 3 meses, una intensidad ≥ 3 en la EVN (Anexo 1) y con una de las siguientes características:<ul style="list-style-type: none">– Dolor continuo.– Dolor intermitente ≥ 5 días a la semana.• La capacidad funcional será valorada, por la repercusión subjetiva sobre las actividades de la vida diaria, laboral y de ocio, preguntando sobre la interferencia en diferentes áreas con la aplicación del BIP-sp (Anexo 2).• Una vez identificado el paciente con dolor crónico debe ser evaluado de forma integral por el EBAP.

Médico de Familia/Enfermera/Trabajador Social/Equipo Rehabilitador (Médico Rehabilitador, Fisioterapeuta)

Actividades	Características de calidad
Evaluación Inicial	<ul style="list-style-type: none">– Una vez realizada la identificación del paciente con dolor crónico se realiza la evaluación inicial, para ello:<ul style="list-style-type: none">• Recoger antecedentes personales de interés en relación al dolor, tales como cirugía previa, hábitos tóxicos, alteraciones psicológicas y tratamiento actual (farmacológico y no farmacológico).• Recoger datos específicos sobre el síndrome doloroso:<ul style="list-style-type: none">– Localización (irradiación...)– Características (continuo-intermitente),– Ritmo (mañana-noche, reposo-movimiento).– Factores que lo modifican la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación)– Calidad del dolor (penetrante, punzante, opresivo), realizando cuestionario DN4 ante la sospecha de dolor neuropático. (Anexo 3)• Revisar el diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamiento previo y actual en relación al dolor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exploración física relacionada con el síndrome doloroso que permita discriminar el tipo de dolor: nociceptivo, neuropático o mixto. • Recoger datos sobre la situación psicosocial: situación laboral, familiar, apoyo social, actividades de ocio; patrón de sueño y estado de ánimo. • No es preciso realizar pruebas complementarias excepto en aquellos casos que se precise confirmar o excluir un diagnóstico, o signos de alarma (Anexo 4). • Valoración de enfermería por necesidades básicas de Virginia Henderson., test e Índices validados (Anexo 5).
Plan terapéutico inicial	<p>– Una vez realizada la evaluación inicial, se establece un plan terapéutico inicial integral para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la intensidad del dolor. (control o alivio entendido como reducción del nivel de la EVN) • Mantener y mejorar la actividad física. • Preservar el patrón de sueño y mejora del estado de ánimo. • Preservar la actividad laboral, social y familiar, minimizando al máximo el impacto del dolor sobre la calidad de vida. • Asegurar la utilización adecuada de tratamientos farmacológicos y/o no farmacológicos. <p>El plan terapéutico integral debe constar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención sobre hábitos saludables: actividad física, patrón de sueño, dieta... (Anexo 6). • Intervención farmacológica. • Intervenciones no farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> – Medicina física y Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas. – Intervención psicoeducativa. <p>– El plan terapéutico debe ser elaborado en un periodo no superior a 2 semanas y registrado en la historia clínica, recogiendo que tipo de intervención o intervenciones recibirá en función de las áreas evaluadas.</p> <p>– Si el paciente ha hecho previamente tratamiento farmacológico correcto y las características del dolor que presenta hacen necesaria la aplicación de técnicas no existentes en este nivel asistencial (dolor neuropático con/sin componente simpático) debe ser enviado al Equipo multidisciplinar de apoyo en AP.</p>

<p>Recomendación sobre hábitos saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable (no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona) son deseables para toda la población, en especial en aquellas personas con dolor crónico no oncológico: • Estas recomendaciones deben estar en relación a; <ul style="list-style-type: none"> – Tabaco: A todos los fumadores se les debe ofrecer intervención mínima antitabaco y tratamiento para dejar de fumar. – Actividad física: Es importante que la actividad física recomendada se adapte a las características de cada paciente. – Recomendaciones generales sobre la dieta: Como norma general, a todo paciente se le debe ofrecer consejo dietético que permita conseguir que su patrón de consumo de alimentos se ajuste al característico de la dieta mediterránea (Tabla 2 de Anexo 6). El consejo dietético se hará tras recabar información sobre el tipo de dieta que realiza habitualmente, debiendo llevarse a cabo de manera estructurada con el objetivo de generar un cambio de conductas y actitudes. – Reducción del peso: La intervención en la obesidad deberá ir dirigida a conseguir un balance energético negativo: disminuir la ingesta e incrementar el gasto de calorías. – Consumo de alcohol: Los pacientes que sean bebedores (más de 30 g/día de alcohol en varones o más de 20 g/día en mujeres) deben recibir consejo para reducir la ingesta de alcohol en al menos un 60%. – Recomendar el seguimiento de unas reglas básicas de higiene del sueño. (Anexo 6).
<p>Intervención farmacológica</p>	<p>Debe abordarse el dolor crónico teniendo en cuenta el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor nociceptivo: Se debe seguir la escalera analgésica de la OMS. <ul style="list-style-type: none"> – 1^{er} Escalón: Hay que individualizar en función del consumo previo y características personales (antecedentes hemorragia digestiva, antiagregación, anticoagulación y riesgo vascular (Anexo 7). <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol: 1 gr/6h - Metamizol: 2 gr/8h - AINES: Se recomiendan ibuprofeno (600 mg/6-8h u 800 mg/12h en forma retardada) o diclofenaco (dosis 50 mg/8h o 75 o 100 mg en forma retardada preferiblemente). En caso de respuesta clínica insatisfactoria utilizar otros AINES. Utilizar en los pacientes que lo precisen omeprazol (comp.

de 20 mg) como fármaco de elección para la gastroprotección. (Anexo 8)

- Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplem Calcio

– **2º Escalón:** Hay que individualizar, en función del consumo previo y características personales:

- Tramadol, dosis de 50-100 mg/6h, con dosis máxima de 400 mg/día. Una vez controlado el dolor se puede pasar a la forma retardada equianalgésica.

- Codeína, dosis de 30-60 mg/6h hasta un máximo de 240 mg/día, en caso de intolerancia o efectos secundarios al tramadol.

- Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplem Calcio.

– **3er Escalón:** Hay que individualizar, en función del consumo previo y características personales. Si no hay control o alivio iniciar tratamiento con opioides: (Anexo 9)

- Fentanilo: Iniciar con la mínima dosis posible, 12 µgr/72h, pudiendo duplicar la dosis al 6º día si el alivio del dolor no es suficiente, llegando hasta un máximo de 50 µgr/72h.

- Oxiconona, de liberación rápida para titulación, a dosis de 5 mg/6h con dosis máxima de 80 mg/24h, pasando a posología retardada.

- Buprenorfina: Iniciar con la mínima dosis posible, 17,5 µgr/96h, pudiendo duplicar la dosis al 6º día si el alivio del dolor no es suficiente, llegando hasta un máximo de 52,5 µgr/96h. Si se precisas dosis superiores hay que hacer una reevaluación.

- Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplem Calcio.

• **Dolor neuropático:**

– **1er Escalón:** Se recomienda el uso antidepresivos tricíclicos: amitriptilina a dosis de 10-25 mg/24h nocturna con aumento cada 3-5 días de 25 mg con un máximo de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50; clomipramina a dosis de 25 mg/24h diurna con aumento progresivo hasta un máximo de 75 mg/día.

Como alternativa, a la intolerancia a los tricíclicos, se recomienda venlafaxina a dosis de 37,5 mg/12h con dosis máxima de 150 mg/día o duloxetina a dosis de 60 mg cada 24h. También se recomienda el uso de anticonvulsivantes: carbamacepina 200 mg/8h con dosis máxima de 800 mg/día o gabapentina 300 mg/día con aumento progresivo hasta un máximo de 3600 mg/día. Ante la ausencia de respuesta o la aparición de efectos secundarios se recomienda la utilización de pregabalina 75 mg/12h con aumento progresivo hasta un máximo de 300 mg/12h.

- Coadyuvantes: hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento Calcio. Asociar capsaicina tópica 0,075%/8h.

– **2º Escalón:** Asociar opioides: tramadol iniciando con 50 mg/8h hasta un máximo de 400 mg/día u oxicodona retard iniciando con 10 mg/12h hasta un máximo de 40 mg/12h.

- Coadyuvantes: hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento Calcio

• **Dolor mixto (nociceptivo+neuropático):** Se debe seguir la escalera analgésica de la OMS, como en el dolor nociceptivo, añadiendo desde el escalón inicial:

- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina a dosis de 10-25 mg/24h nocturna con aumento cada 3-5 días 25 mg con máximo de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50; clomipramina a dosis de 25 mg/24h diurna con aumento progresivo hasta un máximo de 75 mg/día. Como alternativa, a la intolerancia a los tricíclicos, se recomienda venlafaxina a dosis de 37,5 mg/12h con dosis máxima de 150 mg/día.

También se recomienda el uso de anticonvulsivantes: carbamacepina a dosis de 200 mg/8h con dosis máxima de 800 mg/día; gabapentina 300 mg/día con aumento progresivo hasta un máximo de 3600 mg/día. Ante la ausencia de respuesta o la aparición de efectos secundarios, se recomienda la utilización de pregabalina a dosis de 75 mg/12h con aumento progresivo hasta un máximo de 300/12h.

- Coadyuvantes: Capsaicina tópica 0,075%/8h; ansiolíticos; miorrelajantes antiespásticos (baclofeno, bifosfonatos + vitamina D (800 UI)+ suplemento de Calcio (1 gr).

	<p>Se debe informar sobre las ventajas y los riesgos del uso de los medicamentos, la periodicidad de la toma, y las interacciones con otros medicamentos (Anexo 10) haciendo especial hincapié, en estos aspectos, cuando se plantea el inicio del tratamiento con opioides.</p> <p>Introducir la EVN para pasar de escalón (variación del 30% con respecto a la puntuación inicial) y la BIP-sp para valoración de la mejoría clínica.</p>
<p>Intervención no farmacológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Física y Rehabilitación: El Médico Rehabilitador tras el análisis de la historia clínica del dolor, la exploración del paciente, la evaluación de las pruebas complementarias realizadas y la valoración de la comorbilidad que pueda limitar o contraindicar la realización del ejercicio básico y/u otras técnicas físicas, realizará la indicación del tratamiento de la fisioterapia, de la terapia ocupacional e indicación de ayudas técnicas. Informará verbalmente al paciente y a la familia de los objetivos del tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> – Introducir ejercicio básico: Una musculatura potente, equilibrada y bien coordinada mejora la estabilidad y el funcionamiento general de las articulaciones periféricas y vertebrales. El dolor es más frecuente y prolongado en quienes tienen una musculatura débil y todo ello favorece la limitación de la funcionalidad global. <ul style="list-style-type: none"> - En todos los pacientes se intervendrá dándole unas normas básicas, generales, de ejercicio aeróbico que deberá ser realizado por el paciente en su domicilio. Estará adaptado a cualquier situación física previa ya que cada paciente lo realizará con mayor o menor intensidad según su resistencia. Será explicado por la Enfermera del centro de salud (de forma individual o colectiva) y se le dará por escrito (Anexos 5 y 11). – Realizar consejo básico ocupacional: <ul style="list-style-type: none"> - La terapia ocupacional puede ayudar a identificar las causa del dolor en base a las actividades diarias específicas y del trabajo y por tanto intervenir enseñando las formas más seguras y eficientes de realizar dichas actividades controlando o evitando el dolor. - La higiene postural puede aplicarse al paciente con dolor crónico para disminuir su limitación y mejorar su autonomía. El paciente aprenderá a proteger sus articulaciones periféricas y/o espalda al adoptar posturas o realizar esfuerzos. Pasados los primeros 15 días se debería valorar la adherencia a este programa educati-

	<p>vo breve que será dado por la Enfermera del centro de salud. (Anexo 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fisioterapia: el Médico Rehabilitador indicará el plan de fisioterapia e informará verbalmente al Fisioterapeuta siempre que lo crea necesario. Este plan se realizara aplicando las técnicas existentes en las salas de fisioterapia de los centros de salud. Si en el plan de fisioterapia está incluida la cinesiterapia activa, se realizará en grupo. La duración del tratamiento será de 15 sesiones. En el dolor nociceptivo o mixto la frecuencia podrá ser de 3 sesiones/semana, si el dolor es neuropático serán diarias. – Ayudas técnicas, prótesis u ortesis: el Médico Rehabilitador prescribirá aquellos aparatos ortopédicos u ortesis que puedan disminuir el dolor ya sea por descarga de la zona dolorosa como por limitación parcial del movimiento y aquellos que actúen facilitando el movimiento limitado por el dolor y por tanto facilitando la función. • Establecimiento del Plan de cuidados, en función de la valoración enfermera (Anexo 5). • Se realizará una intervención preventiva psicoeducativa. Esta es una intervención grupal estructurada que tendrá una duración de 2 sesiones cuyos principales contenidos son: <ul style="list-style-type: none"> – La adaptación al dolor: variables psicológicas implicadas. – El objetivo no es controlar el dolor, sino evitar que deteriore distintas áreas vitales: autonomía, familia, trabajo, ocio y relaciones sociales. – Importancia de mantener un buen nivel de actividad. Los ciclos de actividad y descanso. – La relación con la familia: La comunicación no deberá estar centrada en el dolor. Prevención de posibles problemas de asertividad. Hay que realizar una breve entrevista con un familiar cercano para que no refuerce las conductas de dolor y sí un nivel de actividad adecuado.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • La primera evaluación tras la instauración del Plan terapéutico se realizará en el plazo de un mes mediante el BIP-sp para la funcionalidad global y la EVN para el dolor. • Si se produce una disminución $\geq 30\%$ con respecto a la puntuación inicial en la EVN, se revisará el tratamiento farmacológico y se volverá a evaluar a los 3 meses. Si esta disminución no se produce entonces se ajustará el tratamiento de acuerdo con la escalera analgésica de la OMS y se evaluará mensualmente durante los 3 meses siguientes.

- Si se produce una disminución ≥ 2.5 con respecto a la puntuación inicial en el BIP-sp, se volverá a evaluar a los 3 meses.
Si esta disminución no se produce, reevaluar la intervención sobre hábitos saludables e intervenciones no farmacológicas y se evaluará nuevamente a los 3 meses.
- Si a los 6 meses la evaluación de la intensidad del dolor, medida por la EVN no ha disminuido del 30% de la valoración inicial y/o la funcionalidad medida por una disminución ≥ 2.5 el BIP-sp, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico tributario de ser valorado y tratado en Equipo multidisciplinario de apoyo en AP.
- Si a los 6 meses tras la evaluación de la intensidad del dolor mediante la EVN y la funcionalidad, mediante el BIP-sp la situación es de estabilidad, se planteará una revisión semestral.
- Se elaborará un informe que debe constar de:
 - Datos clínicos relevantes en relación al dolor: tiempo de evolución, tratamientos realizados, valoración de la intensidad del dolor y funcionalidad con los resultados de las herramientas utilizadas, intervenciones realizadas y el plan individualizado de enfermería
- Se debe facilitar la atención telefónica para resolución de dudas o problemas surgidos en la aplicación del Plan terapéutico inicial.
- Se valorarán la consecución de resultados según objetivos del plan de cuidados de enfermería establecido.

**Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP):
Médico de Familia/Enfermera/Trabajador Social/Equipo Rehabilitador (Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional) Reumatólogo/Psicólogo Clínico**

Actividades	Características de calidad
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación tiene que ser realizada en un periodo inferior a 30 días, tras la derivación y en el caso derivación por dolor neuropático con tratamiento previo correcto, con componente simpático o no, se realizará en menos de 15 días y constará de: • Reevaluar el diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamientos previos y actuales en relación al dolor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger antecedentes personales de interés en relación al dolor, tales como cirugía previa, hábitos tóxicos, alteraciones psicológicas y tratamiento actual (farmacológico y no farmacológico) • Recoger datos específicos sobre el síndrome doloroso: <ul style="list-style-type: none"> – Localización (irradiación...). – Características (continuo-intermitente). – Ritmo (mañana-noche, reposo-movimiento). – Factores que modifican la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación). – Calidad del dolor (penetrante, punzante, opresivo), realizando el cuestionario DN4 ante la sospecha de dolor neuropático (Anexo 3). • Realizar exploración física relacionada con el síndrome doloroso y que permita discriminar el tipo de dolor: nociceptivo, neuropático o mixto. • Realizar pruebas complementarias que se precisen para confirmar o excluir un diagnóstico, o signos de alarma. • Valoración de enfermería por necesidades básicas de Virginia Henderson, test e Índices validados. (Anexo 5). • El Psicólogo clínico evaluará al paciente mediante los instrumentos HADS para ansiedad y depresión, PCS para catastrofismo e IDF para deterioro (Anexo 12).
Plan Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> – Una vez realizada la evaluación, se establece un plan terapéutico integral, para: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la intensidad del dolor. (Control o alivio entendido como reducción del nivel de la EVN). • Mantener y mejorar la actividad física. • Preservar el patrón de sueño y mejora del estado de ánimo. • Preservar la actividad laboral, social y familiar, minimizando al máximo el impacto del dolor sobre la calidad de vida. • Asegurar la utilización adecuada de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico. – El plan terapéutico integral debe constar de: <ul style="list-style-type: none"> • Intervención sobre hábitos saludables (Anexo 6). • Intervención farmacológica. • Intervenciones no farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> – Medicina física y Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas.

	<ul style="list-style-type: none"> – Intervención psicológica grupal. – Acupuntura. – Técnicas mínimamente invasivas: manipulaciones, infiltraciones (Anexo 13), bloqueos periféricos (puntos gatillo, supraespinosos, intraarticulares y paraarticulares). – El plan terapéutico debe ser elaborado en un periodo no superior a 2 semanas y registrado en la historia clínica, recogiendo que tipo de intervención o intervenciones recibirá en función de las áreas evaluadas. – Si el paciente reúne las características del dolor que hacen necesaria la aplicación de técnicas no existentes en este nivel, debe ser enviado al Equipo de apoyo multidisciplinar hospitalario de dolor.
<p>Recomendación sobre ámbitos saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable (no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona) son deseables para toda la población, en especial en aquellas personas con dolor crónico no oncológico: • Estas recomendaciones deben estar en relación a; <ul style="list-style-type: none"> – Tabaco: A todos los fumadores se les debe ofrecer intervención mínima antitabaco y tratamiento para dejar de fumar. – Actividad física: Es importante que la actividad física recomendada se adapte a las características de cada paciente. – Recomendaciones generales sobre la dieta: Como norma general, a todo paciente se le debe ofrecer consejo dietético que permita conseguir que su patrón de consumo de alimentos se ajuste al característico de la dieta mediterránea (Tabla 2 de Anexo 6). El consejo dietético se hará tras recabar información sobre el tipo de dieta que realiza habitualmente, debiendo llevarse a cabo de manera estructurada con el objetivo de generar un cambio de conductas y actitudes. – Reducción del peso: La intervención en la obesidad deberá ir dirigida a conseguir un balance energético negativo: disminuir la ingesta e incrementar el gasto de calorías. – Consumo de alcohol: Los pacientes que sean bebedores (más de 30 g/día de alcohol en varones o más de 20 g/día en mujeres) deben recibir consejo para reducir la ingesta de alcohol en al menos un 60%. – Manual para dormir bien y levantarse mejor: Recomendar el seguimiento de unas reglas básicas de higiene del sueño. (Anexo 6).

Intervención farmacológica

Debe abordarse el dolor crónico teniendo en cuenta el tipo, el nivel de tratamiento alcanzado y grado de control, según la EVN.

• **Dolor nociceptivo:** Se debe seguir la Escalera analgésica de la OMS

– **1^{er} Escalón:** Hay que individualizar en función del consumo previo y características personales (antecedentes hemorragia digestiva, antiagregación, anticoagulación y riesgo vascular) (Anexo 7).

- Paracetamol: 1 gr/6h.

- Metamizol: 2 gr/8h.

- AINES: Se recomiendan ibuprofeno a dosis de 600 mg/6-8h u 800 mg/12h en forma retardada y diclofenaco a dosis de 50 mg/8h o 75 o 100 mg en formas retardadas preferiblemente). En caso de respuesta clínica insatisfactoria utilizar otros AINES. Utilizar omeprazol como fármaco de elección para la gastroprotección, cuando este indicada. (Anexo 8)

- Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vit D+ suplemento de Calcio.

– **2^o Escalón:** Hay que individualizar, en función del consumo previo y características personales, asociando o no los opioides débiles con la medicación del escalón anterior.

- Tramadol, a dosis de 50-100 mg/6h, con dosis máxima de 400 mg/día. Una vez controlado el dolor se puede pasar a la forma retardada equianalgésica.

- Codeína, a dosis de 30-60 mg/6h hasta un máximo de de 240 mg/día, en caso de intolerancia o efectos secundarios al tramadol.

- Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplem Calcio.

– **3^{er} Escalón:** Hay que individualizar, en función del consumo previo y características personales, asociando o no los opioides con la medicación del primer escalón. Si no hay control o alivio iniciar tratamiento con opioides (Anexo 9). Las opciones son:

- Fentanilo: Iniciar con la mínima dosis posible, 12 µgr/72 h, pudiendo duplicar la dosis al 6^o día si el alivio del dolor no es suficiente, llegando hasta un máximo de 100 µgr/72h. Oxicodona, de liberación rápida para titulación, a dosis de 5 mg/6h con dosis máxima de 120 mg/24h, pasando a posología retardada.

- Buprenorfina Iniciar con la mínima dosis posible, 17,5 µgr/4 días, pudiendo duplicar la dosis al 6º día si el alivio del dolor no es suficiente, llegando hasta un máximo de 70 µgr/4 días. Si se precisan dosis superiores hay que hacer una reevaluación.

- Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplementos de calcio

• **Dolor neuropático:** Seguir la escalera analgésica del dolor neuropático:

- **1er Escalón:** Se recomienda el uso antidepresivos tricíclicos: amitriptilina a una dosis de 10-25 mg/24h nocturna con aumento cada 3-5 días de 25 mg con un máximo de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50 o clomipramina a una dosis de 25 mg/24h diurna con aumento progresivo hasta un máximo de 75 mg/día. Como alternativa, a la intolerancia a los tricíclicos, se recomienda venlafaxina a una dosis de 37,5 mg/12h con dosis máxima de 150 mg/día o duloxetina a dosis iniciales de 60 mg/24 h pudiendo llegar a dosis máximas de 120 mg/24h. También se recomienda el uso de anticonvulsivantes: carbamacepina a una dosis de 200 mg/8h con dosis máxima de 800 mg/día o gabapentina a una dosis de 300 mg/día con aumento progresivo hasta un máximo de 3600mg/día. Ante la ausencia de respuesta o la aparición de efectos secundarios, se recomienda la utilización de pregabalina 75 mg/12h con aumento progresivo hasta un máximo de 300 mg/12h. Asociar capsaicina tópica 0,075%/8h como coadyuante.

- Coadyuvantes: hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento de calcio

- **2º Escalón:** Asociar opioides:

- Tramadol: iniciando con una dosis de 50 mg/8h hasta un máximo de 400 mg/día u oxicodona iniciando con 10 mg/12h hasta un máximo de 40 mg/12h.

- Coadyuvantes: hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplementos de calcio.

Si no hay mejoría clínica, se deben usar técnicas invasivas por lo que debe ser enviado al EHMAD.

• **Dolor mixto (nociceptivo+neuropático):** Se debe seguir la Escalera analgésica de la OMS como en el dolor nociceptivo, añadiendo desde el escalón inicial:

	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos triciclicos: amitriptilina (dosis de 10-25 mg/24h nocturna con aumento cada 3-5 días 25 mg con máximo de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50), clomipramina (25 mg/24h diurna con aumento progresivo hasta un máximo de 75 mg/día. Como alternativa, a la intolerancia a los tricíclicos, se recomienda venlafaxina a dosis de 37,5 mg/12h con dosis máxima de 150 mg/día. Si no hay mejoría clínica, se deben usar: <ul style="list-style-type: none"> - Anticonvulsivantes: carbamacepina a una dosis de 200 mg/8h con dosis máxima de 800 mg/día o gabapentina a una dosis de 300 mg/día con aumento progresivo hasta un máximo de 3600 mg/día. Ante la ausencia de respuesta o la aparición de efectos secundarios se recomienda la utilización de pregabalina a dosis de 75 mg/12h con aumento progresivo hasta un máximo de 300/12 horas. - Coadyuvantes: Capsaicina tópica 0,075%/8h ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplementos de calcio. • Se debe informar sobre las ventajas y los riesgos del uso de los medicamentos, la periodicidad de la toma, y las interacciones con otros medicamentos (Anexo 10); haciendo especial hincapié en estos aspectos cuando se plantea el inicio del tratamiento con opioides. • Introducir la EVN para pasar de escalón (variación del 30% con respecto a la puntuación inicial) y la BIP-sp para valoración de la mejoría clínica.
Intervención no farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Física y Rehabilitación (Anexo 11): El Médico rehabilitador tras el análisis de los tratamientos realizados, revisión del diagnóstico realizado por la anamnesis, la exploración del paciente, evaluación de las pruebas complementarias realizadas (solicitando nuevas si las considera imprescindibles), realizará la adaptación del tratamiento fisioterápico, indicación de la terapia ocupacional, indicación de ayudas técnicas u ortesis y aplicará técnicas directas de tratamiento (minimamente invasivas). Informará verbalmente al paciente y a la familia de los objetivos del tratamiento <ul style="list-style-type: none"> – Controlar/Vigilar la adherencia al plan de ejercicio básico: será valorado por la enfermera de forma individual. – Terapia Ocupacional: el Médico rehabilitador realizará el plan de terapia ocupacional el cual será aplicado por la terapeuta ocupacional en grupos de 5-6 pacientes.

- Fisioterapia: el Médico Rehabilitador valorará las características individuales de cada paciente, indicaciones y/o contraindicaciones de las diversas técnicas (tanto por enfermedades concomitantes como por el tipo, localización y características del dolor) e indicará el plan de fisioterapia por escrito e informando verbalmente al fisioterapeuta. Este será individual, diario y con un número de sesiones de unas 20. En este plan el Médico Rehabilitador incluirá las técnicas mas apropiadas según la valoración anterior y siempre debe de incluir ejercicio físico específico adaptado a las características del paciente y a las limitaciones funcionales existentes en ese momento. si las técnicas prescritas existen en dichas salas.
- Escuela de espalda para el dolor vertebral crónico, enseña a mantener la máxima actividad física que el dolor permite y existe evidencia de su eficacia para mejorar el dolor de espalda y el estado funcional de los pacientes.
La Escuela Española de la Espalda recomienda el establecimiento de grupos de 10 alumnos o menos e impartir 3 clases prácticas de 45 minutos, aunque también imparte clases a medida destinadas a grupos específicos con las mismas características. En estos casos, el contenido de las clases se adapta a los riesgos específicos de los alumnos, y el número de clases puede ser menor.
- Ayudas técnicas u ortesis: el Médico Rehabilitador prescribirá aquellos aparatos ortopédicos u ortesis que puedan disminuir el dolor, bien aumentando la descarga de lo que previamente se había prescrito (por ejemplo pasar de un bastón a un andador), limitando mas el movimiento o facilitando mas la función.
- Técnicas para domicilio: Indicará la aplicación, entrega y entrenamiento en el uso de TENS domiciliario, parches de iontoforesis (sustancia activa a aplicar), otras.
- Establecimiento del Plan de cuidados, en función de la valoración de enfermería (Anexo 5).
- Tras la valoración psicológica si las puntuaciones son:
 - HADS ansiedad >7,
 - HADS depresión >7,
 - PCS catastrofismo >15 y,
 - IDF deterioro >10
 Se realizará una intervención grupal de 13 sesiones siendo reevaluado en un plazo no superior a 15 días tras finalizar la intervención. (Anexo 14)

	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura: (Anexo 15) • Técnicas mínimamente invasivas: <ul style="list-style-type: none"> – Manipulaciones – Infiltraciones (puntos gatillo, intraarticulares, paraarticulares y bloqueos nerviosos periféricos (Anexo 13).
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • La primera evaluación tras la instauración del Plan terapéutico se realizará en el plazo de un mes mediante la EVN para el dolor: <ul style="list-style-type: none"> – Si se produce una disminución $\geq 30\%$ con respecto a la puntuación inicial en la EVN, se revisará el tratamiento farmacológico y se volverá a evaluar a los 3 meses, haciendo una valoración global tanto del dolor (EVN) como de la funcionalidad (BIP-sp). – Si esta disminución, no se produce se ajustará el tratamiento de acuerdo con la escalera analgésica de la OMS y se evaluará mensualmente durante los 3 meses siguientes. • A los 3 meses de la intervención grupal el Psicólogo clínico realizará una nueva evaluación mediante los instrumentos citados (HADS para ansiedad y depresión, PCS para catastrofismo e IDF para deterioro). Se considerará que no hay mejoría si se dan cualquiera de las siguientes puntuaciones: <ul style="list-style-type: none"> – HADS ansiedad >7, – HADS depresión >7, – PCS catastrofismo >15 y, – IDF deterioro >10 <p>En este caso se realizará una evaluación individualizada del paciente con un doble objetivo: detectar la presencia de problemas psicopatológicos y realizar un análisis detallado de los determinantes del problema en ese paciente (Anexo 16):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si se detecta la presencia de alteraciones psicopatológicas el paciente será valorado por Equipo de Salud Mental. – Si no existe alteración psicopatológica, pero concurren circunstancias que dificultan su adaptación al dolor, entonces, se realizará un tratamiento psicológico cognitivo-conductual individual por parte del Psicólogo del equipo multidisciplinar diseñado de acuerdo con la problemática específica del paciente. • Si a los 6 meses la evaluación de la intensidad del dolor, medida por la EVN no ha disminuido del 30% de la valoración inicial se debe considerar como un cuadro de dolor crónico de difícil control y debe ser valorado y tratado en el EHMAD.

- Si el paciente va a ser evaluado en el EHMAD, previamente se debe realizar un protocolo de evaluación psicológica (Anexo 17) para detectar la presencia de problemáticas psicológicas que contraindiquen la aplicación de las técnicas invasivas. Si se detectase esta problemática, el paciente recibirá una intervención psicológica individual y será reevaluado a los 6 meses: si se detecta una mejoría, y sigue precisando las técnicas invasivas se enviará al EHMAD. Si no se detectase una mejoría, el paciente continuará con la intervención psicológica, siendo evaluado en periodos de 6 meses, desde el punto de vista psicológico, si sigue precisando la aplicación de la técnica.
- Se elaborará un informe que debe constar de:
 - Datos clínicos relevantes en relación al dolor: tiempo de evolución, tratamientos realizados, valoración de la intensidad del dolor y funcionalidad con resultados de herramientas utilizadas, intervenciones realizadas y plan individualizado de enfermería.
- Se debe facilitar la atención telefónica para resolución de dudas o problemas surgidos en la aplicación del Plan terapéutico inicial.
- Se valorarán la consecución de resultados según objetivos del plan de cuidados de enfermería establecido.

Equipo hospitalario multidisciplinario de apoyo al dolor: Anestesiólogo/Enfermera/Equipo Rehabilitador (Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional)

Actividades	Características de calidad
Evaluación de dolor crónico de difícil control	<p>La evaluación tiene que ser realizada en un periodo inferior a 30 días, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluar el diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamientos previos y actual en relación al dolor. • Recoger antecedentes personales de interés en relación al dolor, tales como cirugía previa, hábitos tóxicos, alteraciones psicológicas y tratamiento actual.(fármacológico y no farmacológico). • Recoger datos específicos sobre el síndrome doloroso: <ul style="list-style-type: none"> – Localización (irradiación...) – Características (continuo-intermitente), – Ritmo (mañana-noche, reposo- movimiento),

	<ul style="list-style-type: none"> – Factores que modifican la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación). – Calidad del dolor (penetrante, punzante, opresivo (Anexo 3). • Realizar exploración física relacionada con el síndrome doloroso y que permita discriminar el tipo de dolor: nociceptivo, neuropático o mixto. • Realizar pruebas complementarias que se precisen para confirmar o excluir un diagnóstico, o signos de alarma. • Valoración de enfermería focalizada por Necesidades básicas, test e Índices validados. (Anexo 5)
Plan Terapéutico	<p>Una vez realizada la evaluación, se establece un plan terapéutico integral para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la intensidad del dolor (control o alivio entendido como reducción del nivel de la EVN). • Mantener y mejorar la actividad física. • Preservar el patrón de sueño y mejora del estado de ánimo. • Preservar la actividad laboral, social y familiar, minimizando al máximo el impacto del dolor sobre la calidad de vida. • Asegurar la utilización adecuada de tratamientos farmacológicos y/o no farmacológico. <p>El plan terapéutico integral debe constar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención sobre hábitos saludables (ejercicio, patrón de sueño, dieta... • Intervención farmacológica. • Intervenciones no farmacológicas. <ul style="list-style-type: none"> – Medicina física y Rehabilitación: fisioterapia, Terapia ocupacional, ayudas técnicas. – Técnicas invasivas (Anexo 18). • El plan terapéutico debe ser elaborado en un periodo no superior a 72 horas y registrado en la historia clínica, recogiendo que tipo de intervención o intervenciones recibirá en función de las áreas evaluadas.
Recomendación sobre hábitos saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable (no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona) son deseables para toda la población, en especial en aquellas personas con dolor crónico no oncológico: • Estas recomendaciones deben estar en relación a:

	<ul style="list-style-type: none"> – Tabaco: A todos los fumadores se les debe ofrecer intervención mínima antitabaco y tratamiento para dejar de fumar. – Actividad física: Es importante que la actividad física recomendada se adapte a las características de cada paciente – Recomendaciones generales sobre la dieta: Como norma general, a todo paciente se le debe ofrecer consejo dietético que permita conseguir que su patrón de consumo de alimentos se ajuste al característico de la dieta mediterránea (Tabla 2 de Anexo 6). El consejo dietético se hará tras recabar información sobre el tipo de dieta que realiza habitualmente, debiendo llevarse a cabo de manera estructurada con el objetivo de generar un cambio de conductas y actitudes. – Reducción del peso: La intervención en la obesidad deberá ir dirigida a conseguir un balance energético negativo: disminuir la ingesta e incrementar el gasto de calorías. – Consumo de alcohol: Los pacientes que sean bebedores (más de 30 g/día de alcohol en varones o más de 20 g/día en mujeres) deben recibir consejo para reducir la ingesta de alcohol en al menos un 60%. – Manual para dormir bien y levantarse mejor: Recomendar el seguimiento de unas reglas básicas de higiene del sueño. (Anexo 6)
Intervención farmacológica	<p>Debe abordarse el dolor crónico de difícil control teniendo en cuenta el tipo, el nivel de tratamiento alcanzado y grado de control, según la EVN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor nociceptivo: <ul style="list-style-type: none"> – 1^{er} Escalón: Hay que individualizar en función del consumo previo y características personales (antecedentes hemorragia digestiva, antiagregación, anticoagulación y riesgo vascular) (Anexo 7). <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol: 1gr/6h. - Metamizol: 2gr/8h. - AINES: Se recomiendan ibuprofeno a una dosis de 600 mg/6-8h u 800 mg/12h en forma retardada) y diclofenaco a una dosis de 50 mg./8h o 75 o 100 mg en formas retardadas preferiblemente). En caso de respuesta clínica insatisfactoria utilizar otros AINES. Utilizar omeprazol como fármaco de elección para la gastroprotección, cuando este indicada. (Anexo 8) - Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vit D+ suplemento de calcio.

- **2º Escalón:** Hay que individualizar ,en función del consumo previo y características personales, asociando o no los opioides débiles con la medicación del escalón anterior.
 - Tramadol, dosis de 50-100 mg/6h, con dosis máxima de 400 mg/día. Una vez controlado el dolor se puede pasar a la forma retardada equianalgésica.
 - Codeína, dosis de 30-60 mg/6h hasta un máximo de 240 mg/día, en caso de intolerancia o efectos secundarios al tramadol.
 - Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento de calcio
- **3er Escalón:** Hay que individualizar, en función del consumo previo y características personales, asociando o no los opioides con la medicación del primer escalón. Si no hay control o alivio iniciar tratamiento con opioides.
 - Fentanilo: Iniciar con la mínima dosis posible, 12 µgr/72h, pudiendo duplicar la dosis al 6º día si el alivio del dolor no es suficiente.
 - Oxiconona, de liberación rápida para titulación, a una dosis de 5 mg/6h con dosis máxima de 160 mg/24h, pasando a posología retardada.
 - Buprenorfina Iniciar con la mínima dosis posible, 17,5 µgr/4 días, pudiendo duplicar la dosis al 6º día si el alivio del dolor no es suficiente, llegando hasta un máximo de 140 µgr/4 días. Si se precisan dosis superiores hay que hacer una reevaluación.
 - Coadyuvantes: Antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplementos de calcio.
- **Dolor neuropático:** Seguir la escalera analgésica del dolor neuropático:
 - **1er Escalón:** Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina a una dosis de 10-25 mg/24h nocturna con aumento cada 3-5 días de 25 mg con un máximo de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50; clomipramina a una dosis de 25 mg/24h diurna con aumento progresivo hasta un máximo de 75 mg/día. Como alternativa, a la intolerancia a los tricíclicos, se recomienda venlafaxina a una dosis de 37,5 mg/12h con dosis máxima de 150 mg/día o duloxetina a dosis iniciales de 60 mg/24h pudiendo llegar a dosis máximas de 120 mg/24h. También se recomienda el uso de anticonvulsivantes: carbamacepina a una dosis de 200

mg/8h con dosis máxima de 800 mg/día; gabapentina a una dosis de 300 mg/día con aumento progresivo hasta un máximo de 3600 mg/día. Ante la ausencia de respuesta o la aparición de efectos secundarios, se recomienda la utilización de pregabalina 75 mg/12h con aumento progresivo hasta un máximo de 300/12h. Asociar capsicina tópica 0,075%/8h como coadyuante.

- Coadyuvantes: hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento Calcio.

– **2º Escalón:** Asociar opioides: tramadol iniciando con una dosis de 50 mg/8h hasta un máximo de 400 mg/día y oxycodona iniciando con 10 mg/12h hasta un máximo de 40 mg/12h.

- Coadyuvantes: hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento Calcio.

• **Dolor mixto (nociceptivo+neuropático):** Se debe seguir la Escalera analgésica de la OMS, como en el dolor nociceptivo, añadiendo desde el escalón inicial:

– Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina a una dosis de 10-25 mg/24h nocturna con aumento cada 3-5 días 25 mg con máximo de 75 mg/día repartidos en 2 dosis de 25-0-50; clomipramina a una dosis de 25 mg/24h diurna con aumento progresivo hasta un máximo de 75 mg/día. Como alternativa, a la intolerancia a los tricíclicos, se recomienda venlafaxina a dosis de 37,5 mg/12h con dosis máxima de 150 mg/día.

Si no hay mejoría clínica, se deben usar:

– Anticonvulsivantes: carbamacepina a una dosis de 200 mg/8h con dosis máxima de 800 mg/día; gabapentina a una dosis de 300 mg/día con aumento progresivo hasta un máximo de 3600 mg/día. Ante la ausencia de respuesta o la aparición de efectos secundarios, se recomienda la utilización de pregabalina a una dosis de 75 mg/12h con aumento progresivo hasta un máximo de 300/12h. (Anexo 15)

– Coadyuvantes: Capsicina tópica 0,075%/8h ansiolíticos, miorrelajantes antiespásticos (baclofeno), bifosfonatos + vitD+ suplemento Calcio.

• Se debe informar sobre las ventajas y los riesgos del uso de los medicamentos, la periodicidad de la toma, y las

	<p>interacciones con otros medicamentos (Anexo 10); haciendo especial hincapié en estos aspectos cuando se plantea el inicio del tratamiento con opioides.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducir la EVN para pasar de escalón (variación del 30% con respecto a la puntuación inicial).
<p>Intervención no farmacológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Física y Rehabilitación: el Médico rehabilitador tras el análisis de los tratamientos realizados en sesión conjunta con el resto del equipo multidisciplinar, revisión del diagnóstico realizado por la anamnesis, la exploración del paciente, evaluación de las pruebas complementarias realizadas (solicitando nuevas si las considera imprescindibles), realizará la adaptación del tratamiento fisioterápico, indicación de la terapia ocupacional individual, indicación de ayudas técnicas u ortesis y aplicará técnicas directas de tratamiento. Informará verbalmente al paciente y a la familia de los objetivos del tratamiento <ul style="list-style-type: none"> – Terapia Ocupacional: el Médico Rehabilitador realizará el plan de terapia ocupacional el cual será aplicado por la terapeuta ocupacional de forma individualizado y estará orientado a preservar el máximo de autocuidado rentabilizando el movimiento con el mínimo aumento del dolor y favorecer las transferencias. – Fisioterapia: el Médico Rehabilitador valorará las técnicas aplicadas previamente y su efectividad (de existir), facilitando el mantenimiento de dicha/s técnica/s y siempre que sea posible de forma domiciliaria (ejemplo TENS, Iontoforesis, etc) para evitar desplazamientos del paciente que pueden aumentarle el dolor. Si las técnicas efectivas tiene que realizarse en la sala de fisioterapia el tratamiento será individual (tanto la cinesiterapia como el resto de las técnicas) y se realizaran diariamente, unas 20 sesiones. – Ayudas técnicas: el Médico Rehabilitador prescribirá aquellos aparatos ortopédicos u ortesis que puedan disminuir el dolor, bien aumentando la descarga de lo que previamente se había prescrito (por ejemplo pasar de un andador a una silla de ruedas), limitando mas el movimiento o facilitando mas la función. – Las técnicas que se consideran eficaces: manipulaciones vertebrales o de articulaciones periféricas, infiltraciones fascetarias, locales, en puntos gatillo, periarticulares, etc (habitualmente con anestésico local o anestésico mas corticoide en deposito) o intraarticulares (habitualmente con acido hialuronico), bloqueos periféricos, acupuntura, otras. Los blo-

	<p>queos periféricos pueden ser con aguja seca, con anestésico local, con anestésico mas corticoide en deposito y aquí se realizaran los bloqueos con toxina botulínica (tanto para los síndromes miofaciales resistentes a las otras técnicas, así como para el control de la espasticidad dolorosa).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Establecimiento del Plan de cuidados, en función de la valoración de enfermería (Anexo 5). – Técnicas invasivas: (Anexo 18).
<p>Seguimiento del dolor crónico de difícil control</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento debe individualizarse en función de las características clínicas y de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas utilizadas, teniendo en cuenta que como mínimo hay que realizar una revisión a los 30 días de la implantación de cualquier técnica invasiva. • Si el dolor se controla, siendo la ENV \leq30% de la última valoración, se remitirá al EMADAP para su seguimiento conjunto con el EBAP. • Si el dolor no se ha controlado se replanteará la técnica invasiva utilizada.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye, entre sus objetivos, la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los procesos asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0077	Soporte Vital básico	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	D	D	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	D	I	I				
C-0531	Conocimiento de medicinas alternativas	D	D	I				
C-0532	Conocimiento de terapias utilizadas en medicina física y rehabilitación	D	D	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0534	Exploración psicopatológica	I	I	I				
C-0535	Otras instituciones no sanitarias, relacionadas "con el proceso"	D	I	I				
C-0608	Historia natural de la enfermedad	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, capacidad de motivar	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones.	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0042	Manejo Telemedicina	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del stress	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos; psicoterapéuticos	D	D	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	I	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0020	Proactivo	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro,) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: PSICÓLOGOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0634	Psicopatología según proceso	I	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso según proceso (CLÍNICAS)	I	I	I				
C-0534	Exploración psicopatológica	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0375	Actuación en situaciones críticas	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	D	I	I				
C-0607	Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso	D	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc según proceso	D	I	I				
C-0613	Estructura organizativa y funcional de la organización	D	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos	D	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	D	I				
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico según proceso	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos no sanitarios	D	I	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	D	I	I				
C-0535	Otras instituciones no sanitarias relacionadas con el proceso	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: PSICÓLOGOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0343	Elaboración de anamnesis específica según proceso	I	I	I				
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	I	I	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	I	I	I				
H-0370	Manejo de emociones	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0395	Detectar los signos de alarma	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	D	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	D	I	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos; psicoterapéuticos	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	D	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: PSICÓLOGO

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0071	Continuidad asistencial	I	I	I				
A-0065	Comprensión (empatía)	I	I	I				
A-0063	No introducir creencias: actitud neutral y exenta de prejuicios	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	D	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (Conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0171	Promoción de la Salud (Educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (Autoayuda)	D	I	I				
C-0525	Manejo de la ansiedad	D	D	I				
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	D	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	D	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones en el proceso	D	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	I	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0643	Enfermería basada en la evidencia	D	D	I				
C-0523	Conocimiento de tecnología de apoyo a necesidades básicas	D	D	I				
C-0524	Conocimiento de vendajes, inmovilizaciones, etc.	I	I	I				
C-0608	Historia natural de la enfermedad	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0005	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, Capacidad de motivar	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar de decisiones.	D	I	I				
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (Asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	D	D	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0054	Informática , nivel usuario	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0069	Facilidad para la Comunicación	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del stress	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0270	Dinámica de grupos	D	D	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0332	Desarrollo de grupos psicoeducativos, psicoterapéuticos	D	D	I				
H-0333	Técnicas de ayuda psicológica no reglada	D	D	I				
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	D	D	I				
H-0373	Registros de Enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados, informe de alta, recomendaciones cuidados,...)	I	I	I				
H-0394	Detectar complicaciones	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/líneas de la organización	D	I	I				
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	D	I	I				
H-0420	Cuidados específicos según proceso	D	I	I				
H-0328	Aplicar medidas elementales para combatir los efectos secundarios de la inmovilidad	I	I	I				
H-0329	Manejo de soportes ortésicos y protésicos para cualquier discapacidad	D	D	I				
H-0330	Ejercicios básicos de rehabilitación	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FISIOTERAPEUTAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	D	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0110	Conocimiento de las Técnicas Básicas de Imagen	D	D	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0490	Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica del fisioterapeuta	I	I	I				
C-0493	Conocimiento básicos de los apoyos ortésicos y protésicos	D	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0528	Conocimientos de biomecánica	I	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FISIOTERAPEUTAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0235	Manejo de vendaje funcional	D	I	I				
H-0290	Movilización bajo anestesia	D	I	I				
H-0291	Manejo de heridas	D	I	I				
H-0292	Ergonomía (escuela de la espalda, higiene postural, ...)	D	I	I				
H-0293	Manejo técnicas específicas: respiración, drenaje linfático, cardiovascular	D	I	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: FISIOTERAPEUTAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad , sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro), respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES
<p>Equipo multidisciplinario de apoyo al dolor en AP (EMADAP)</p>	<p>Composición:</p> <ul style="list-style-type: none">– Médico de Familia: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.– Enfermera: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.– Médico Rehabilitador: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.– Reumatólogo: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.– Psicólogo: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.– Fisioterapeuta: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.– Trabajador social: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.– Terapeuta ocupacional: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico. <p>Espacio físico:</p> <ul style="list-style-type: none">– Consultas informatizadas y con conexión a la red.– Una sala de espera.– Una sala de técnicas mínimamente invasivas.– Una sala de fisioterapia.– Una sala de terapia ocupacional.– Una sala para terapia de grupo.– Una sala de reuniones. <p>Modo de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none">– Dada la complejidad del abordaje del dolor crónico se hace necesaria la actuación coordinada de todo el Equipo en la elaboración del plan terapéutico del dolor, haciendo énfasis en la rehabilitación funcional con carácter intensivo (duración superior a 100 horas o tres meses de tratamiento) con dedicación plena de sus componentes siendo coordinados por aquel miembro del equipo, independiente de su especialidad, que reúna las mejores condiciones para ello.– El EMADAP deberá desarrollar, además, actividades docentes e investigadoras para asegurar la mayor calidad y efectividad de los procedimientos aplicados.

Equipo hospitalario multidisciplinario de atención al dolor (EHMAD)

Composición:

- Anestesiólogo: con competencias en el abordaje del dolor crónico y habilidades en técnicas invasivas indicadas en el tratamiento del dolor.
- Enfermera: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.
- Médico Rehabilitador: con competencias en el abordaje del dolor crónico y habilidades en técnicas invasivas indicadas en el tratamiento del dolor.
- Fisioterapeuta: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

Espacio físico.

- Tres consultas informatizadas y con conexión a la red.
- Una sala de espera.
- Una sala para realización de técnicas invasivas.
- Un quirófano.
- Una sala de reuniones.

Modo de actuación.

- Dada la complejidad del abordaje del dolor crónico se hace necesaria la actuación coordinada de todo el Equipo en la elaboración del plan terapéutico del dolor, haciendo énfasis en la rehabilitación funcional con carácter intensivo (duración superior a 100 horas o tres meses de tratamiento) con dedicación plena de sus componentes siendo coordinados por aquel miembro del equipo, independiente de su especialidad, que reúna las mejores condiciones para ello.
- El EHMAD deberá desarrollar, además, actividades docentes e investigadoras para asegurar la mayor calidad y efectividad de los procedimientos aplicados.

Papelería

1. Historia clínica informatizada con módulo específico en el que conste:
 - Datos clínicos de interés recogidos en el PAI.
 - Síntomas de inicio, de criterios de entrada.
 - Diagnósticos.
 - Cuestionarios autoadministrados.
 - EVN.
 - Exploración física y evaluación psicológica.
 - Pruebas complementarias.
 - Tratamiento indicado.
 - Seguimiento.
2. Documentos normalizados para el paciente: con diseño del SSPA, sobre:
 - Información sobre diagnóstico y tratamiento.
 - Información sobre hábitos de vida saludables.
3. Material didáctico para las consultas y sesiones de educación sanitaria individual y grupal.

Material fungible	<ul style="list-style-type: none"> - Agujas de 18, 22, 23, 24 y 25 G - Agujas de punción espinal <ul style="list-style-type: none"> - Epidural 16,18 G - Intradural 22 y 24 G - Agujas para bloqueos periféricos - Agujas para acupuntura - Jeringas de 2, 5, 10, 20 y 50 ml - Jeringas de baja presión - Catéteres epidurales y/o intradurales y de plexos - Gasas estériles - Vendajes funcionales - Guantes estériles - Paños estériles - Apósitos autoadhesivos - Electrodos de iontoforesis y de TENS - Parches de iontoforesis - Conos de moxibustión - Apósitos de auriculoterapia
Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> - Anestésicos locales - Corticoides - Jeringas precargadas de ácido hialurónico - Toxina botulínica - Opioides - Baclofeno - Ziconotide
Aparataje y prótesis	<ul style="list-style-type: none"> - TENS portátil de 4 electrodos - Electroestimulador de acupuntura - Iontoforesis - Radiofrecuencia - Programador de parestesias - Programador de sistemas de infusión implantables - Reservorios subcutáneos - Electrodos medulares - Generadores subcutáneos - Sistemas de infusión implantables
Equipamiento	<p>Sala con equipamiento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapia - Terapia ocupacional - Terapias de grupo - Bloqueos <p>Quirófano con amplificador de imagen Consulta con camilla hidráulica</p>

Unidades de soporte

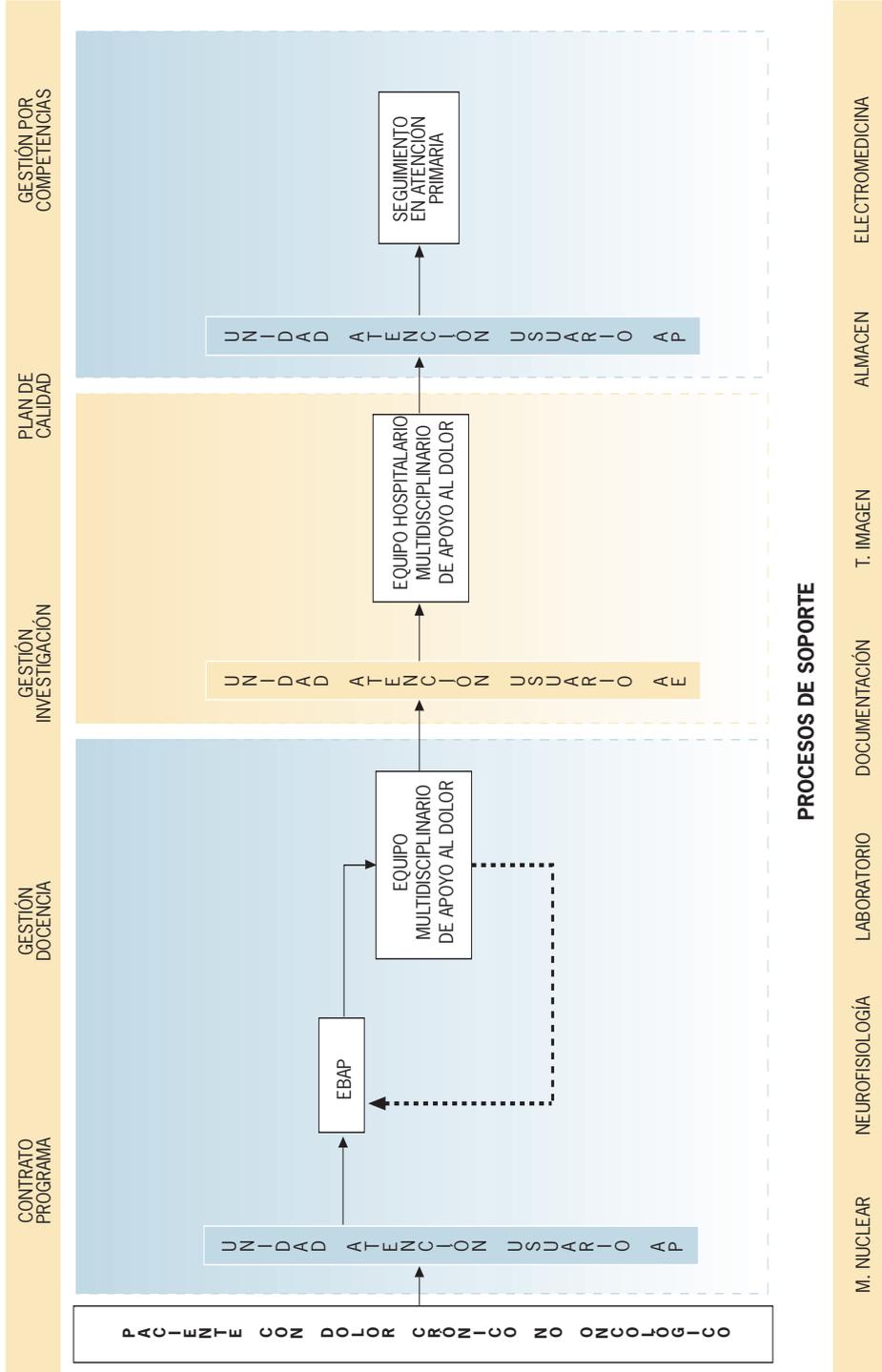
ENTRADAS

- Servicio de Laboratorio: Determinaciones analíticas
- Servicio de Radiodiagnóstico: Técnicas de imagen
- Servicio de Medicina Nuclear: Técnicas de imagen
- Servicio de Neurofisiología clínica: Técnicas diagnósticas (EMG, ENG y PEV)
- Equipo de salud mental de Distrito: Valoración e intervención psicopatológica
- Almacén: Suministro de material
- Servicio de Farmacia: Guía fármaco terapéutica:
- UAU: Citas. Gestión y coordinación de citas
- Servicio de electromedicina: Mantenimiento de aparataje
- Servicio de esterilización:
- Servicio de limpieza:

5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

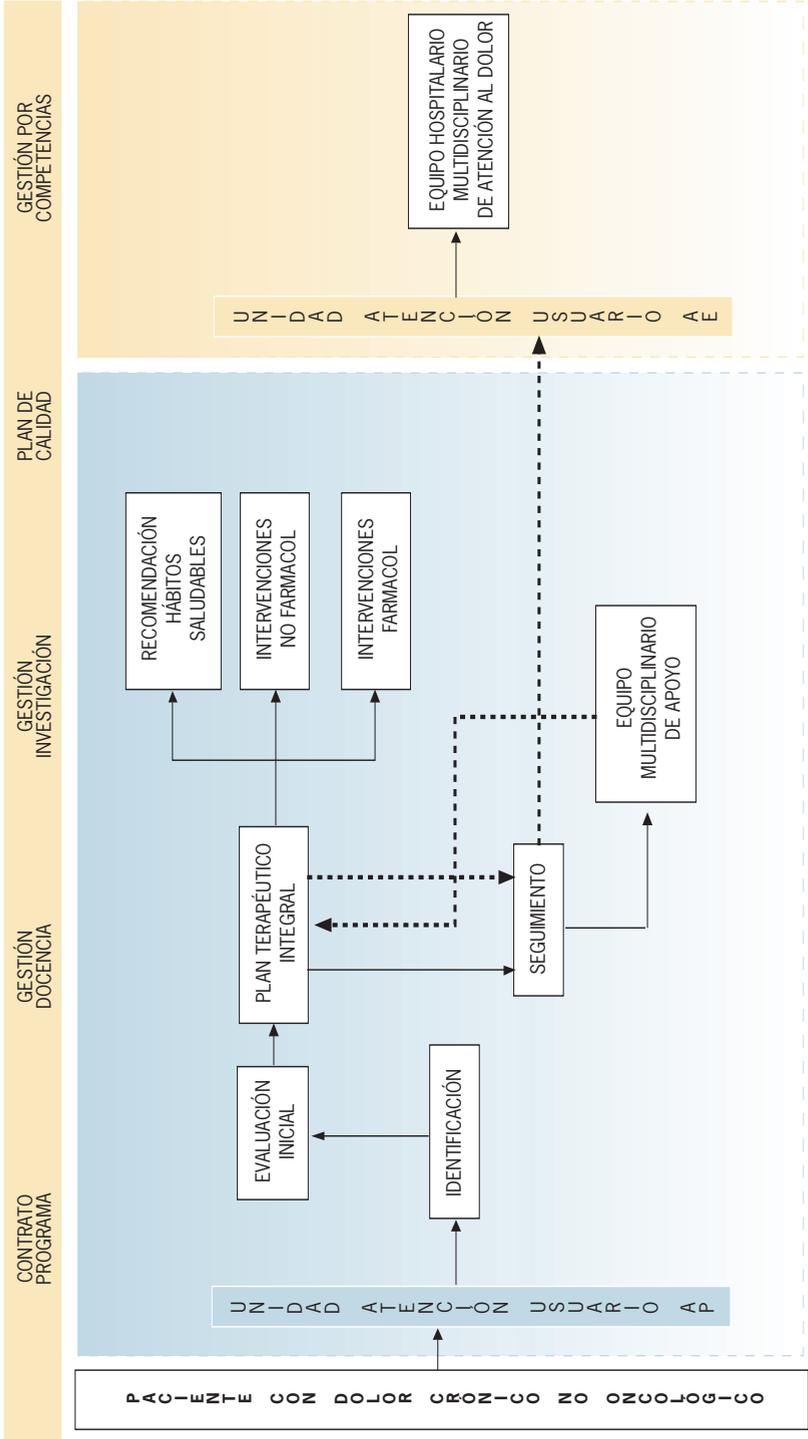
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO - ATENCIÓN PRIMARIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

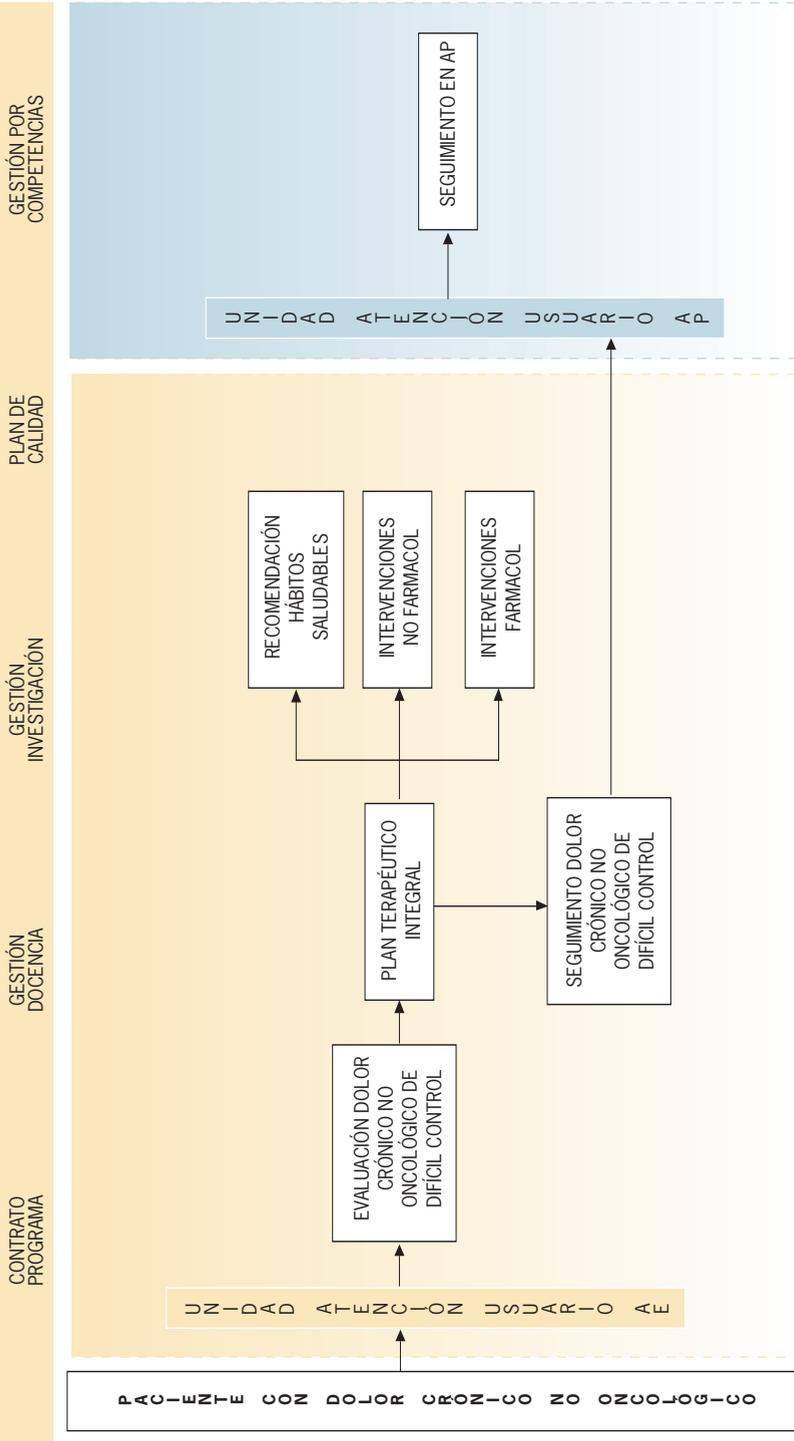


PROCESOS DE SOPORTE



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO - ATENCIÓN ESPECIALIZADA

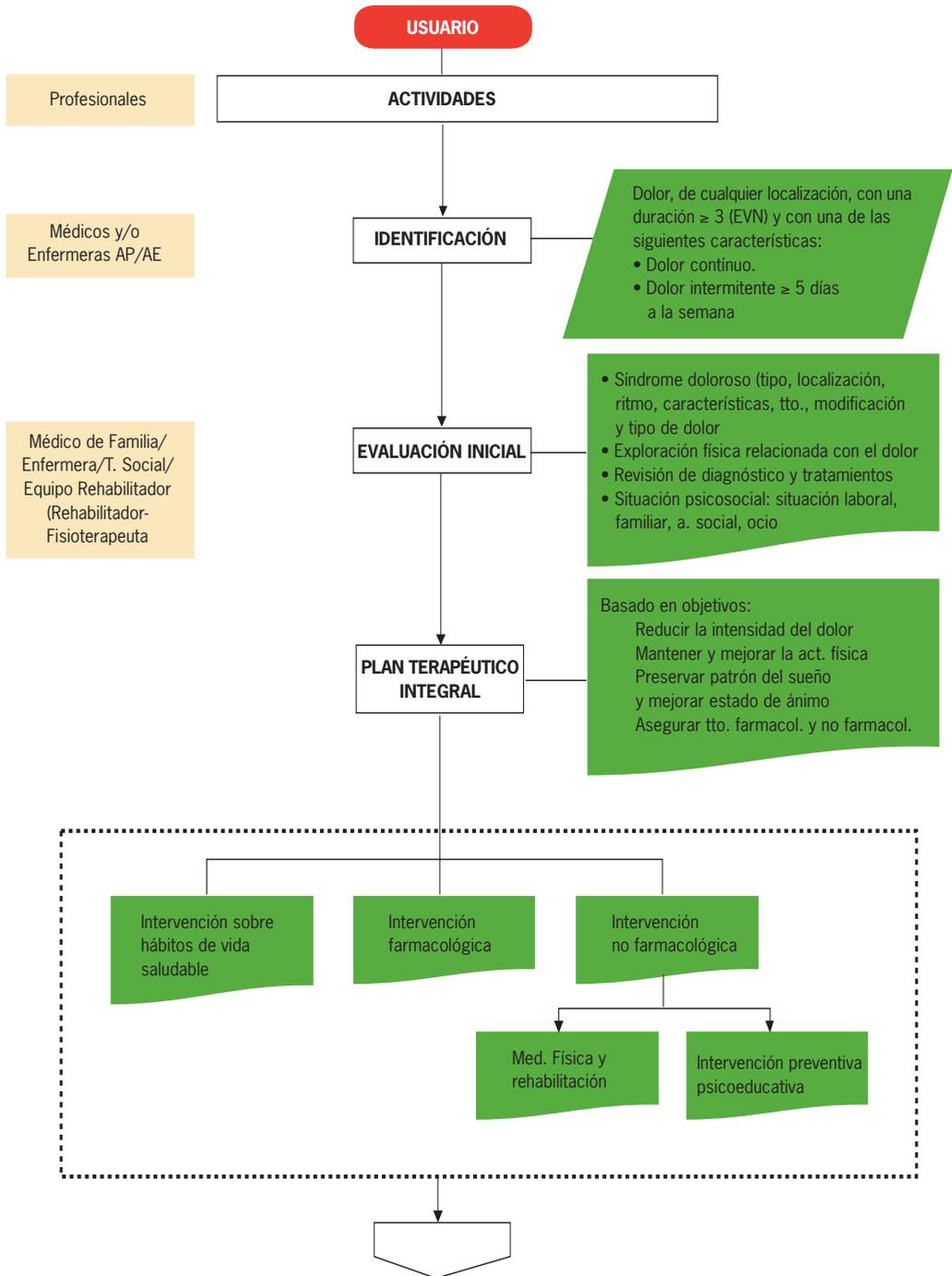
PROCESOS ESTRATÉGICOS

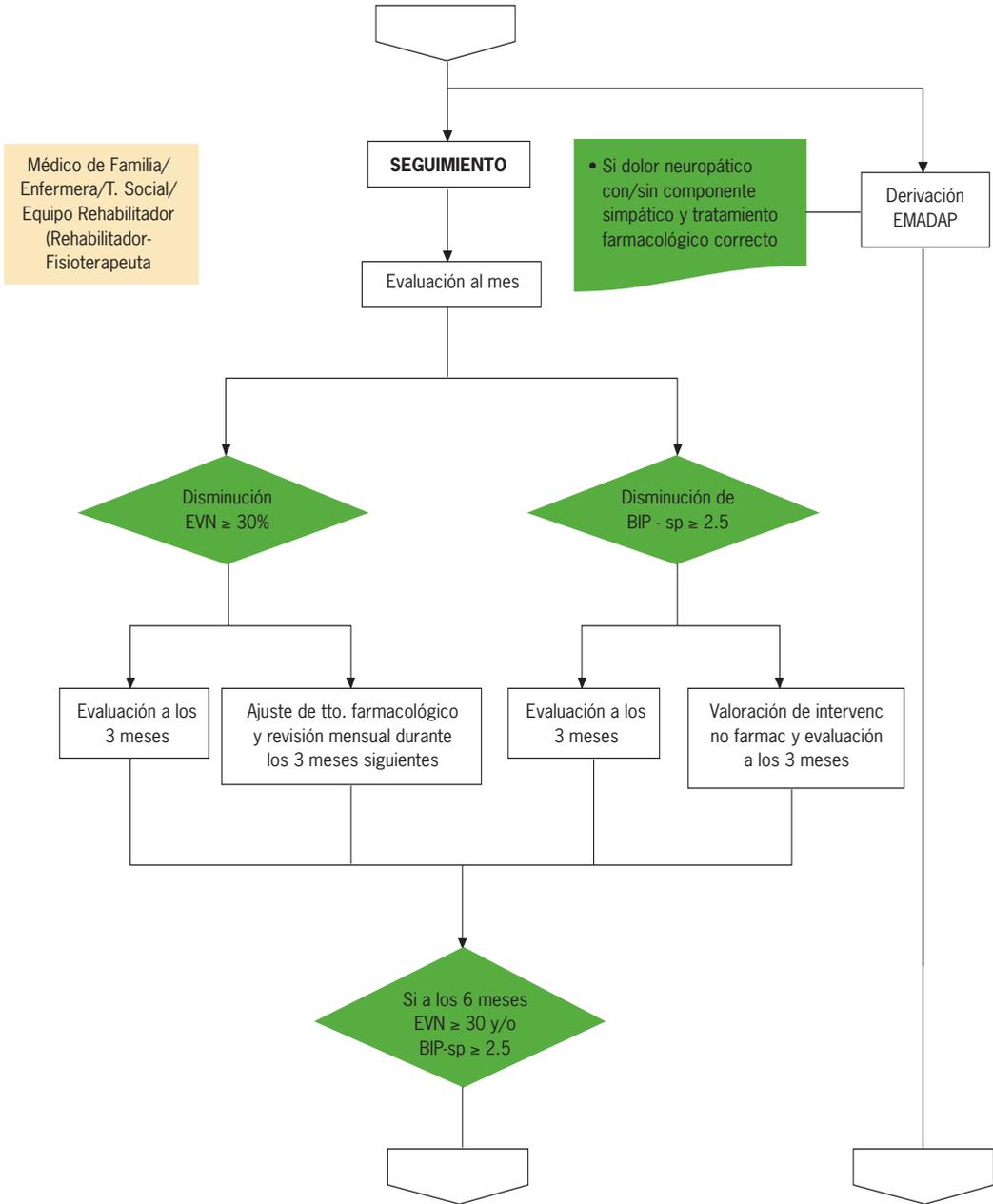


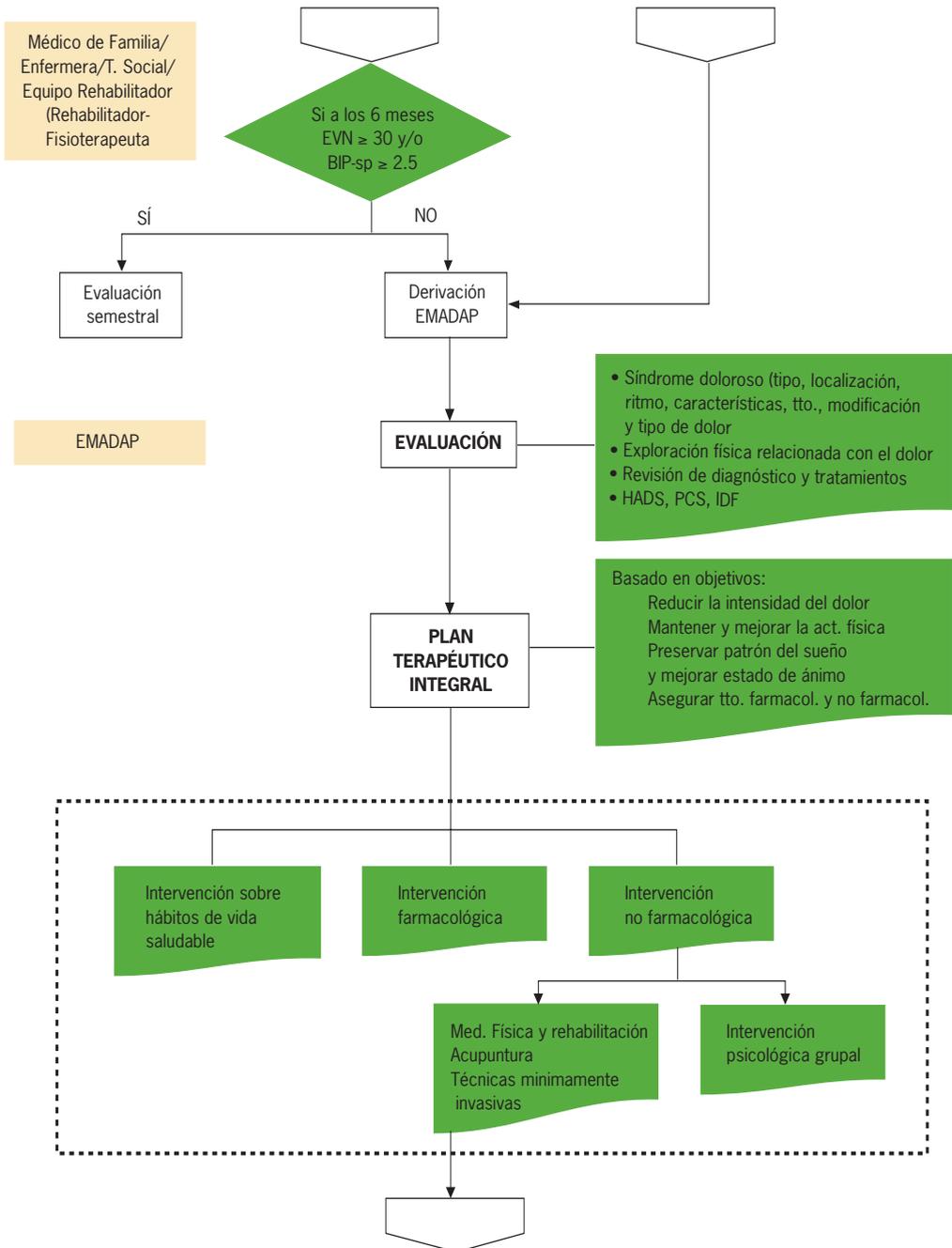
PROCESOS DE SOPORTE

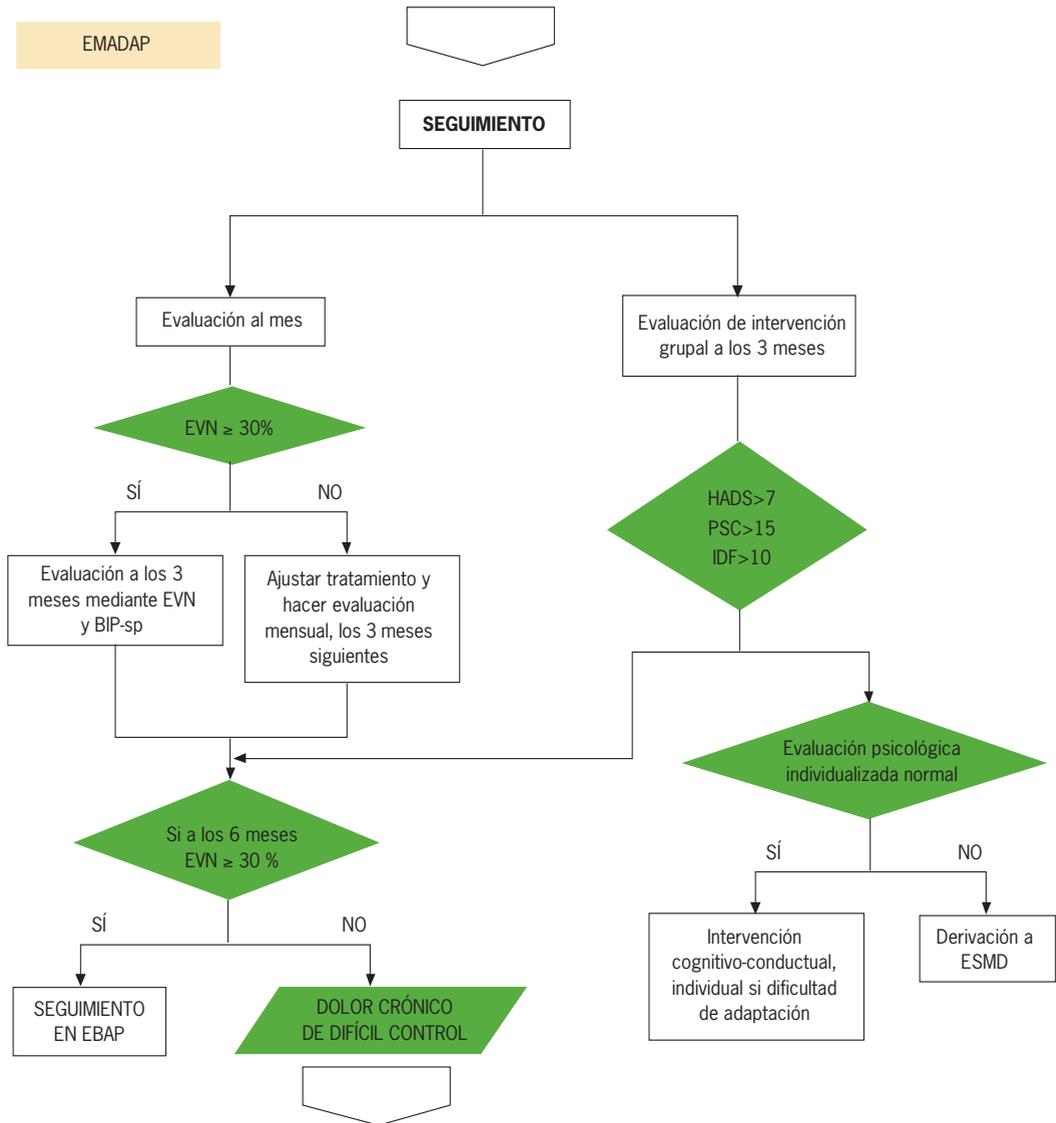


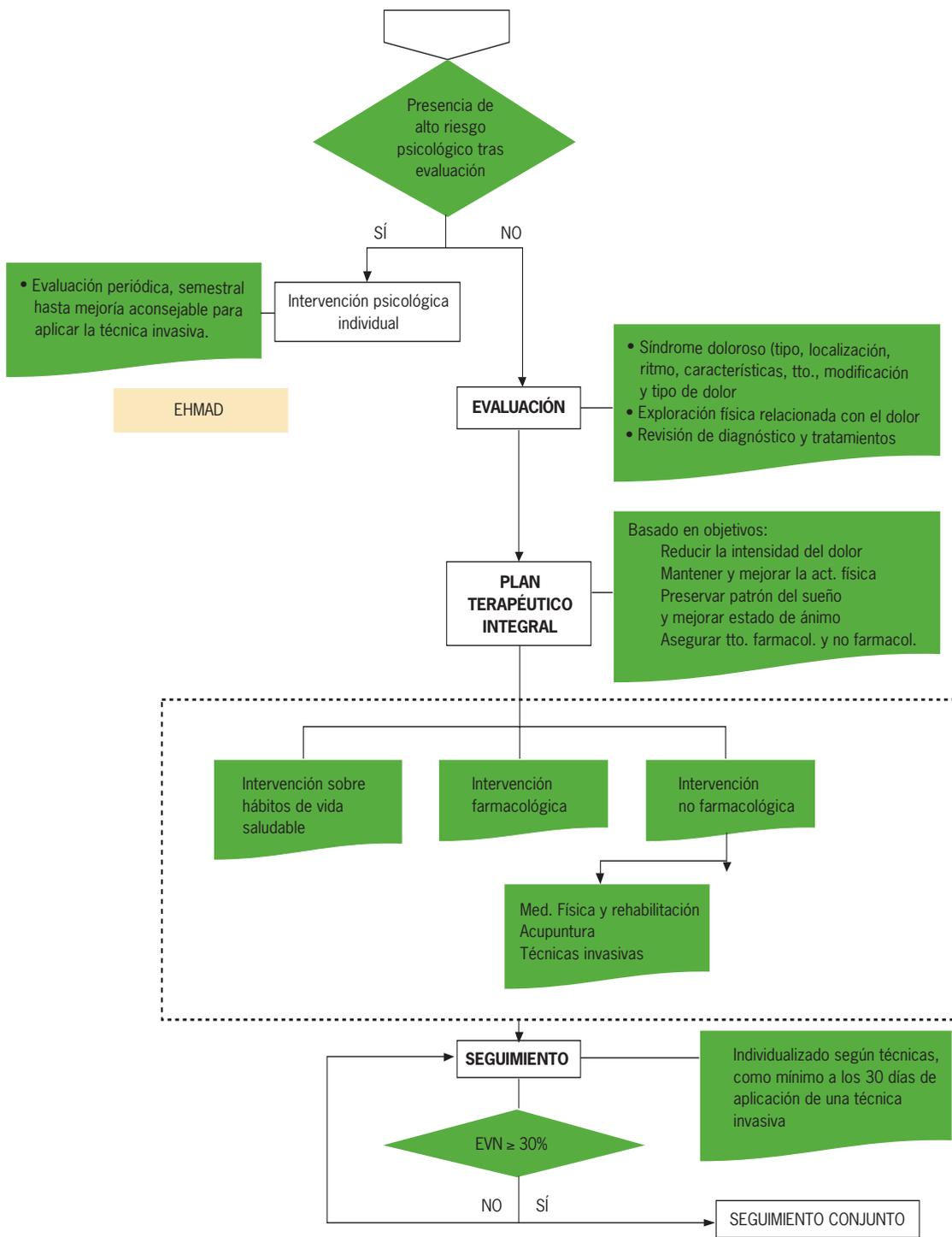
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO











6 INDICADORES

Criterio:	Identificación de dolor crónico en los que se ha evaluado la intensidad y el grado de afectación funcional.
Cociente:	Pacientes que cumplen los criterios de dolor crónico definidos en el PAI a los que se ha evaluado la intensidad del dolor el grado de afectación/Nº pacientes diagnosticados de dolor crónico.
Estándar:	Por determinar
Excepción:	No
Fuente:	HC
Especificaciones:	La intensidad del dolor medida mediante la EVN y el grado de afectación funcional mediante el BIP-sp (según proceso).

Criterio:	El plan terapéutico integral debe estar elaborado en 2 semanas tras la evaluación inicial
Cociente:	Nº de pacientes con plan terapéutico integral en 2 semanas tras la evaluación/Nº pacientes con dolor crónico que tienen plan integral
Estándar:	Por determinar
Fuente:	HC
Excepciones:	No
Especificaciones:	El plan terapéutico integral tiene que contener todas las intervenciones a recibir según procesos <ul style="list-style-type: none"> – Intervención sobre hábitos saludables – Intervención farmacológica – Intervenciones no farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> – Medicina física y Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas – Intervención psicoeducativa

Criterio:	A todos los pacientes con dolor crónico no oncológico se le aplicará una intervención psicoeducativa breve
Cociente:	Nº de pacientes con dolor crónico no oncológico a los que se les aplica la intervención psicoeducativa/Nº total de pacientes con dolor crónico no oncológico
Estándar:	Por determinar
Excepción:	Pacientes que rechazan dicha intervención
Fuente:	HC
Especificación:	La intervención psicoeducativa es una intervención grupal estructurada que tendrá una duración de 2 sesiones cuyos principales contenidos están definidos en el proceso

Criterio:	Pacientes que cumplen los criterios de dolor crónico definidos en el PAI a los que se les ha instaurado un Plan de cuidados de enfermería individualizado
Cociente:	Nº de pacientes con dolor crónico no oncológico con Plan de cuidados de Enfermería elaborado/Nº total de pacientes con dolor crónico no oncológico
Estándar:	Por determinar
Excepciones:	No
Fuente:	HC

Criterio:	En el seguimiento del paciente con dolor crónico no oncológico, en Centro de salud, la primera evaluación en el plazo de un mes, tras la instauración del Plan terapéutico, se realizará mediante el BIP-sp para la funcionalidad global y la EVN para valorar la intensidad el dolor
Cociente:	Nº de pacientes que en el seguimiento, al mes, tienen realizado la EVN y el BIP-sp/Nº de pacientes que tienen realizado el seguimiento al mes
Fuente:	HC
Estándar:	Por determinar
Excepciones:	Pérdidas en el seguimiento

Criterio:	Los pacientes con dolor crónico no oncológico que a los 6 meses no han obtenido mejoría deben ser valorados y tratados en Equipo multidisciplinar de apoyo al dolor en AP
Cociente:	Pacientes con dolor crónico no oncológico tributarios de ser valorado en el EMADAP/ Nº pacientes valorados en el EMADAP
Fuente:	HC
Excepciones:	Pérdidas en el seguimiento
Estándar:	Por determinar
Especificaciones:	Se considera mejoría cuando la intensidad del dolor, medida por la EVN no ha disminuido del 30% de la valoración inicial y/o de la capacidad funcional, medida por el BIP-sp (≥ 2.5), según proceso

Criterio:	El plan terapéutico integral, en el EMADAP, debe estar elaborado en 15 días, tras la evaluación
Cociente:	Nº de pacientes con PTI elaborado en el EMADAP en menos de 15 días/total de pacientes con PTI elaborado en el EMADAP
Fuente:	HC
Estándar:	Por determinar
Excepciones:	Pérdidas en el seguimiento
Especificaciones:	El plan terapéutico integral tiene que contener todas las intervenciones a recibir y estar registrado en la HC, según proceso

Criterio:	El plan terapéutico integral en el EHMAD debe ser elaborado en un plazo inferior a 30 días, tras la evaluación
Cociente:	Nº de pacientes con PTI elaborado en el EHMAD en menos de 30 días/total de pacientes con PTI elaborado en el EHMAD
Fuente:	HC
Estándar:	Por determinar
Excepciones:	Pérdidas en el seguimiento
Especificaciones:	El plan terapéutico integral tiene que contener todas las intervenciones a recibir, según proceso

ANEXO 1

ESCALA NUMÉRICA DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Indique de 0 a 10 cual sido el dolor promedio que ha tenido **en los últimos siete días** (0 es nada de dolor y 10 es el mayor dolor que pueda imaginar).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada de dolor

El mayor dolor

ANEXO 2

BRIEF PAIN INVENTORY (BIP-SP)

Brief pain Inventory (BIP-sp)

Nombre:	NHC:
Apellidos:	Nº Sesión:
Edad:	Fecha: _____/_____/_____

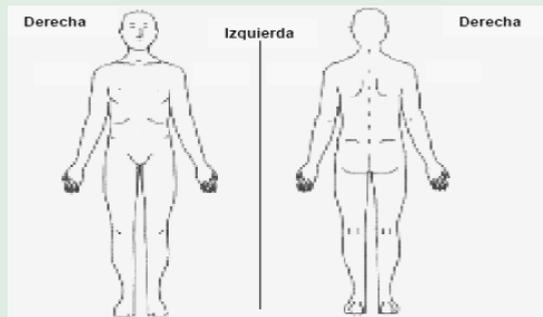
INSTRUCCIONES: Por favor, lea atentamente y conteste a las siguientes preguntas.

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

1. Si

2. No

2. Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente dolor. Indique con una "X" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.



3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **máxima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **mínima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **media** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

Por favor, vuelva la página y continúe →

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

.....
.....

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento?

Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Ningún alivio

Alivio total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido durante las últimas 24 horas en su:

A. Actividad en general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

C. Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

D. Trabajos normal (Ya sea en casa o fuera)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

G. capacidad de diversión

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere por completo

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas ↑

Observaciones:

© BPI-Sp, Cleeland, C.C., (1989). Protocolo de evaluación psicológica de la Fibromialgia.
Elaborado por M. de Gracia, M. Marco y J. Ruiz (1998). Departament de Psicologia. Universitat de Girona.

ANEXO 3

CUESTIONARIO DN4

Por favor complete este cuestionario marcando una respuesta para cada número en las 4 preguntas de abajo:

ENTREVISTA DEL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1- Quemazón		
2- Frío doloroso		
3- Calambres eléctricos		

Pregunta 2: ¿Está asociado el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4- Quemazón		
5- Alfileres y agujas		
6- Entumecimiento		
7- Picazón		

EXAMEN AL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

	Sí	No
8- Hipoestesia al tacto		
9- Hipoestesia con pinchazos		

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede estar causado o incrementado por:

	Sí	No
10- Roce		

Puntuación del paciente /10

Referencia:

1. Bouhassira D., et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 114 (2005) 29-36.

SÍNTOMAS DE ALARMA DE DIFERENTES LOCALIZACIONES

SIGNOS DE ALARMA EN LA CERVICALGIA

- Menores de 18 años.
- Insuficiencia vascular: episodios de *drops attac* (pérdida de conocimiento con los movimientos de columna cervical).
- **Traumatismo significativo/lesión esquelética:**
 - Antecedente Traumático en relación con el cuadro actual.
 - Cirugía cervical previa.
 - Osteoporosis.
 - Uso prolongado de corticoides vía general.
- **Malignidad, Infección, Inflamación**
 - Fiebre.
 - Pérdida de peso.
 - Antecedentes de neoplasia o uso de drogas.
 - Inmunosupresión.
- **Mielopatía**
 - Progresión insidiosa.
 - Trastorno de la marcha, torpeza o debilidad de las manos, perdida de función sexual o vesical.
 - Signo de Lhermite; descarga nerviosa que recorre el raquis de arriba abajo prolongándose hacia las extremidades inferiores, provocada por la flexión del cuello, y que traduce una patología de los cordones posteriores.
 - Signos de afectación de la neurona motora superior en las extremidades inferiores : signo de Babinski, hiperreflexia, clonus, espasticidad.
 - **Signos deficitarios en la exploración neurológica:** perdida de fuerza, alteraciones sensitivas, alteraciones esfinterianas, etc.
 - Deformidad vertebral congénita o adquirida.
 - Distonía inducida por drogas.

SIGNOS DE ALARMA EN LA LUMBALGIA

- Edad del paciente: <18 años y lumbalgia aguda en mayor de 55 años.
- Antecedentes personales de neoplasia maligna.
- Pérdida de peso inexplicada.
- Inmunosupresión.
- Uso de drogas intravenosas.

- Tratamientos crónicos con corticoterapia vía general.
- Enfermedad inflamatoria: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante.
- Enfermedad sistémica grave: lupus, esclerodermia, vih, tuberculosis activa, etc.
- Historia de trauma significativo en relación a la edad y con el cuadro actual.
- Dolor que aumenta con el reposo.
- Infección urinaria.
- Presencia de fiebre.
- Signos deficitarios en la exploración neurológica: pérdida de fuerza, alteraciones esfinterianas, anestesia en silla de montar.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL HOMBRO DOLOROSO

- Dolor no relacionado con la posición o la movilidad del hombro.
- Dolor difícil de localizar por el paciente, acompañado de calor, tumefacción, enrojecimiento y sensibilidad.
- Dolor de hombro en el que se detecta una miosis y enoftalmos.
- Patrón neurológico con dolor irradiado desde el cuello a segmentos más distales, agravado por las posiciones del cuello más bien que del hombro.
- Síntomas constitucionales.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

Mediante este plan de cuidados estandarizado se intenta ofrecer, desde la perspectiva enfermera, una herramienta para dar respuesta a la problemática que presentan las personas incluidas en el proceso asistencial integrado de dolor crónico no oncológico abordando las respuestas humanas más frecuentes, así como las actuaciones enfermeras más adecuadas.

En la tarea de mejorar la calidad de vida de estas personas, que, en la sociedad actual suponen un importante número, el trabajo enfermero puede solucionar o mitigar los problemas que presentan mediante la formulación de diagnósticos enfermeros reales o potenciales. Otras veces será necesario hacerlo colaborando con otros profesionales de la salud en cuyo caso, estaríamos ante problemas de colaboración.

También la persona puede sufrir problemas de dependencia en los que necesitará un agente de autonomía asistida que supla o satisfaga esas necesidades básicas, en cuyo caso, se hace imprescindible identificar al cuidador.

En cuanto a la valoración específica a realizar, se ha seguido el modelo de Virginia Henderson, y se han elegido una serie de ítems mínimos, que nos ayudarán en la tarea de examinar esa realidad ante la que nos encontramos y así obtener una visión integral de las respuestas humanas de las personas que experimentan dolor crónico. Como complemento y ayuda a esta valoración se sugieren una serie de cuestionarios que se han consensuado en el grupo de desarrollo del proceso asistencial por estar validados específicamente para trabajar con dolor crónico.

Se proponen una serie de diagnósticos que hemos considerado que pueden ser los más comunes, sin que ello implique que, en cada caso concreto el profesional de enfermería pueda usar otros no incluidos en este plan de cuidados y que sean más adecuados para "etiquetar" la respuesta humana en ese momento concreto, con los objetivos e intervenciones derivados de los mismos.

Se han seleccionado también los criterios de resultado que se han considerado más adecuados como objetivos a alcanzar según los factores relacionales más comunes en estas situaciones de dolor crónico.

En cuanto a las intervenciones propuestas se ha pretendido no sólo enunciarlas junto a las actividades, sino ofrecer una explicación detallada de algunas de ellas por medio de diferentes anexos para que los profesionales de enfermería tengan en este documento una herramienta práctica a la que acudir de una forma rápida, segura y fácil en el día a día cuando se encuentren ante personas con estos problemas y así poder ejecutar y culminar el plan de cuidados dando un verdadero valor añadido.

Es necesario insistir en que la herramienta propuesta es una visión específica de las necesidades alteradas en las personas que experimentan dolor crónico, pero como hemos señalado

anteriormente, estandarizada, por lo que en cada situación se deberá individualizar un plan de cuidados adecuado a cada situación concreta y necesidades específicas.

Nuestro agradecimiento a los miembros del grupo de desarrollo del proceso de dolor crónico no oncológico por sus sugerencias y aportaciones para la orientación de este plan de cuidados.

Equipo de Trabajo:

Juan Francisco Sorroche Rodríguez (Coordinador); Esther Cruz Céspedes; M^a Isabel Cruz Escobosa; Rafael Álvaro Martínez de la Peña; M^a Dolores Pulpillo Donaire

VALORACIÓN MÍNIMA ESPECÍFICA ENFERMERA EN EL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

ÍTEMS	CUESTIONARIOS
25 Incapacidad para realizar por sí mismo/a las actividades de uso del wc. 28 Tipo de heces. 31 Ayuda para la defecación. 39 Situación habitual -deambulante, sillón, cama-. 41 Actividad física habitual. 42 Pérdida de fuerza. 43 Inestabilidad en la marcha. 44 Falta o reducción de energía para tolerar la actividad. 45 Limitación de amplitud de movimientos articulares. 46 Cambios en el patrón del sueño: interrupciones en el sueño por el dolor. 47 Ayuda para dormir: ¿cuál?. 48 Nivel de energía durante el día: ¿se levanta descansado?. 49 Estímulos ambientales nocivos. 50 Requiere ayuda para ponerse/quitarse ropa-calzado. 150 Higiene general: aspecto físico. 62 Tiene algún dolor: ¿desde cuándo?. 68 No sigue el plan terapéutico. 74 Alteraciones sensorceptivas: temperatura fría, hipersensibilidad... 73 El hogar no presenta condiciones de seguridad. 78 Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo: ¿es una persona preparada para cuidar a personas con dolor?. 75 Dificultad en la comunicación: protección, defensa, máscara facial. 82 Problemas familiares ¿altera su convivencia familiar el proceso de dolor?. 83 Manifiesta carencia afectiva. 91 Relaciones sexuales no satisfactorias. 96 Su situación actual ha alterado sus costumbres y su forma de vivir. 98 Describa su estado de salud: ¿afecta de algún modo en su familia?.	Cuestionario de Duke-UNC. Cuestionario Oviedo de sueño. Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS) de Zigmong y Snaith. Pain Catastrophizing Scale (PCS). Inventario de Deterioro y Funcionamiento (IDF) para pacientes con dolor crónico.

<p>99 No da importancia a su salud.</p> <p>100 No acepta su estado de salud.</p> <p>102 Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión.</p> <p>104 Autoapreciación negativa: ¿manifiesta vergüenza o culpa por su situación?.</p> <p>105 Temor expreso.</p> <p>106 Problemas emocionales.</p> <p>107 Afirmación de que se aburre.</p> <p>108 No conoce los recursos disponibles de la comunidad.</p> <p>109 Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.</p> <p>110 Situación laboral.</p> <p>112 Problemas en el trabajo: ¿puede seguir realizando sus actividades previas?.</p> <p>113 ¿Influye el trabajo en su estado de salud? ¿Cómo?.</p> <p>114 Sensación habitual de estrés ¿sabe auto-relajarse?.</p> <p>118 Tiene falta de información sobre su salud: ¿conoce medidas para mejorarla?.</p> <p>119 Desea más información sobre cómo actúa el dolor.</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

DIAGNÓSTICOS	
00133	Dolor crónico.
00146	Ansiedad.
00052	Deterioro de la Interacción social.
00070	Deterioro de la adaptación.
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
00085	Deterioro de la movilidad física.
00095	Deterioro del patrón de sueño.
00119	Baja autoestima crónica.
00126	Conocimientos deficientes (especificar).
00015	Riesgo de estreñimiento.

RESULTADOS

- 0003 Descanso.
- 0004 Sueño.
- 0208 Movilidad.
- 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria.
- 0501 Eliminación intestinal.
- 1205 Autoestima.
- 1300 Aceptación: estado de salud.
- 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.
- 1402 Autocontrol de la ansiedad.
- 1503 Implicación social.
- 1601 Conducta de cumplimiento.
- 1605 Control del dolor.
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- 2101 Dolor: efectos nocivos.
- 2102 Nivel del dolor.

INTERVENCIONES

- 0200 Fomento del ejercicio.
- 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.
- 1400 Manejo del dolor.
- 1800 Ayuda al autocuidado.
- 1850 Mejorar el sueño.
- 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
- 4420 Acuerdo con el paciente.
- 5100 Potenciación de la socialización.
- 5250 Apoyo en toma de decisiones.
- 5400 Potenciación de la autoestima.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.
- 5880 Técnica de relajación.
- 8100 Derivación.

**DESARROLLO DE LOS RESULTADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS
PARA CADA UNO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS**

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
<p>00133.- Dolor crónico.</p>	<p>1605.-Control del dolor.</p> <p>02. Reconoce el comienzo del dolor.</p> <p>03. Utiliza medidas preventivas.</p> <p>04. Utiliza medidas de alivio no analgésicas.</p> <p>05. Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</p> <p>08. Utiliza los recursos disponibles.</p> <p>11. Refiere dolor controlado.</p> <p>2101.- Dolor: efectos nocivos.</p> <p>01. Relaciones interpersonales alteradas.</p> <p>02. Ejecución del rol alterada.</p> <p>04. Actividades de ocio comprometidas.</p> <p>08. Concentración alterada.</p> <p>10. Estado de ánimo alterado.</p> <p>12. Trastorno del sueño.</p> <p>13. Movilidad física alterada.</p> <p>14. Higiene personal alterada.</p> <p>15. Falta de apetito.</p> <p>2102.- Nivel del dolor.</p> <p>04. Duración de los episodios de dolor.</p> <p>06. Expresiones faciales de dolor.</p> <p>08. Inquietud.</p> <p>09. Tensión muscular.</p>	<p>1400.-Manejo del dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la persona a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). - Considerar la disponibilidad de la persona a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor. - Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. - Ayudar a la persona con dolor y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. - Asegurarse de que la persona con dolor reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta de la persona al dolor. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). - Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso. - Evaluar, con junto a la persona con dolor y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.

<p>00146.- Ansiedad.</p>	<p>1402.- Autocontrol de la ansiedad. 07. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</p>	<p>5880.- Técnica de relajación. (anexo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente - Instruir a la persona con dolor sobre métodos que disminuyan la ansiedad.
<p>00070.-Deterioro de la adaptación.</p>	<p>1300.-Aceptación: estado de salud. 08. Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. 11. Toma de decisiones relacionadas con la salud. 14. Realización de tareas de cuidados personales.</p> <p>1305.-Modificación psicosocial: cambio de vida. 01. Establecimiento de objetivos realistas 02. Mantenimiento de la autoestima. 05. Expresiones de optimismo sobre el presente. 06. Expresiones de optimismo sobre el futuro. 09. Uso de estrategias de superación efectivas 11. Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.</p>	<p>5250.-Apoyo en la toma de decisiones.</p> <p>4410.- Establecimiento de objetivos comunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones. - Ayudar a la persona con dolor a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. - Remitir a grupos de apoyo, si procede. - Proporcionar la información solicitada. - Ayudar a la persona con dolor y familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles. - Animar a la persona con dolor a identificar sus propias virtudes y habilidades. - Ayudar a la persona con dolor a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.
<p>00078.- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.</p>	<p>1601.- Conducta de cumplimiento. 03. Comunica seguir la pauta prescrita 08. Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción.</p>	<p>4420.- Acuerdo con el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la persona con dolor a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. - Determinar junto a la persona con dolor los objetivos de los cuidados.

			<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a la persona con dolor a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos. – Ayudar a la persona con dolor a establecer límites de tiempo realistas. – Explorar junto a la persona con dolor métodos de evaluación de la consecución de los objetivos.
<p>00085.- Deterioro de la movilidad física.</p>	<p>0208.- Movilidad.</p> <p>03. Movimiento muscular.</p> <p>04. Movimiento articular.</p> <p>06. Ambulación.</p> <p>0300.- Autocuidados: actividades de la vida diaria.</p> <p>01. Come.</p> <p>02. Se viste.</p> <p>03. Uso del inodoro.</p> <p>04. Se baña.</p> <p>05. Se peina.</p> <p>06. Higiene.</p> <p>07. Higiene bucal.</p>	<p>0200.- Fomento del ejercicio. (Anexo 6)</p> <p>5612.- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. (Anexo 6)</p> <p>1800.- Ayuda al autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a la persona con dolor a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. – Enseñar a realizar la actividad/ejercicio prescrito. – Informar a la persona con dolor del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. – Instruir a la persona con dolor acerca de los ejercicios de estiramiento correctos antes y después de la actividad/ejercicio y el fundamento de tal acción, si procede. – Enseñar una buena postura y la mecánica corporal, si procede. – Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento con la actividad/ejercicio, si procede. – Observar la necesidad de dispositivos de adaptación para la higiene personal, así como para vestirse, asearse y alimentarse. – Animar a la persona con dolor a realizar las actividades normales de la vida diaria (ajustadas al nivel de capacidad). – Alentar la independencia, pero interviniendo si la persona no puede realizar la acción dada.

<p>00095.-Deterioro del patrón de sueño.</p>	<p>0003.- Descanso. 03. Calidad del descanso.</p> <p>0004.- Sueño. 03. Patrón del sueño. 04. Calidad del sueño.</p>	<p>1850.-Mejorar el sueño. (Anexo1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia. – Enseñar a la persona con dolor a realizar una relajación muscular autogénica y/o respiración abdominal o completa para inducción del sueño. – Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama), para favorecer el sueño. – Animar a la persona con dolor a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
<p>00119.- Baja autoestima crónica.</p>	<p>1205.- Autoestima. 01. Verbalización de autoaceptación. 08. Cumplimiento de los roles significativos personales. 09. Mantenimiento del cuidado/higiene personal. 19. Sentimientos sobre su propia persona.</p>	<p>5400.- Potenciación de la autoestima.</p> <p>8100.- Derivación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. – Animar a la persona con dolor a identificar sus virtudes. – Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. – Ayudar a la persona con dolor a reexaminar las percepciones negativas sobre sí misma. – Fomentar el aumento de la autoresponsabilidad, si procede. – Complimentar el informe de derivación correspondiente – Comentar el plan de cuidados de la persona con el siguiente proveedor de cuidados
<p>00126.- Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad y/o régimen terapéutico.</p>	<p>1813.- Conocimiento: régimen terapéutico 02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. 09. Descripción de los procedimientos prescritos.</p>	<p>5602.- Enseñanza: proceso de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Remitir a la persona con dolor a los centros/grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno. – Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionado con el proceso de la enfermedad – Proporcionar información acerca de la enfermedad, si procede.

			<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) a la persona con dolor sobre la realización de habilidades sociales. – Ayudar a la persona con dolor a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.
00015.- Riesgo de estreñimiento.	0501.- Eliminación intestinal. 01. Patrón de eliminación. 03. Color de las heces. 21. Eliminación fecal sin ayuda. 13. Control de la eliminación de heces.	0450.- Manejo del estreñimiento/impactación.	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. – Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir a la persona con dolor. – Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y que esté contraindicado). – Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios. – Instruir a la persona con dolor/ a la familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede. – Instruir a la persona con dolor/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable (no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona) son deseables para toda la población, en especial en aquellas personas con dolor crónico no oncológico.

Tabaco

A todos los fumadores se les debe ofrecer consejo y tratamiento para dejar de fumar.

Ejercicio físico

Es importante que el ejercicio físico recomendado se adapte a las características de cada paciente, con la supervisión del Médico o Enfermera que lo atienda.

La intervención deseable ha de ser individualizada y se basa en recomendar cualquier medida que implique un aumento de la actividad física. Si se consigue que dicha práctica se incluya en las actividades habituales de la vida diaria aumentarán las posibilidades de que estas medidas tengan éxito.

Por lo tanto, como norma general, todo paciente, salvo imposibilidad física o contraindicación expresa, debe recibir consejo e intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico moderado (caminar rápido, correr despacio, nadar, montar en bicicleta, jugar al tenis o al paddle, aeróbic), practicado de forma regular (al menos 30 minutos al día, 4-5 veces por semana), y adaptado a sus características.

Recomendaciones generales sobre la dieta¹

La dieta mediterránea (estilo de alimentación que se caracteriza básicamente por la abundancia de alimentos de origen vegetal, en los que una proporción importante de las calorías procede de los cereales y del aceite de oliva, siendo además típico el consumo abundante de frutas, hortalizas y pescado) se asocia a una reducción de la mortalidad total, de la mortalidad coronaria y la mortalidad por cáncer.

Una dieta equilibrada tiene muchos aspectos positivos (mantenimiento del normopeso, disminución de la prevalencia de patologías crónicas y protección frente a determinadas neoplasias); por lo tanto, en el momento actual, deben realizarse recomendaciones dietéticas que se ajusten al patrón de la dieta mediterránea (Tabla 2: Recomendaciones para seguir una dieta mediterránea). Este tipo de dieta debe recomendarse en el nivel poblacional, comunitario e individual.s

¹ Adaptado del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular. Sevilla, 2003.

Una dieta equilibrada debe aportar un número de calorías ajustado al gasto energético que permita alcanzar y mantener una situación de normopeso (IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m²). Los hidratos de carbono deben constituir el 45-50% de aporte calórico, en forma de carbohidratos complejos con abundantes antioxidantes y fibra (cereales, patatas, frutas, verduras y legumbres). La grasa total debe constituir un 30-35% del aporte calórico diario. En la dieta mediterránea, las grasas saturadas (grasas de origen animal, mantequillas, margarinas, embutidos, productos lácteos, aceites de coco y palma) deben aportar sólo el 10% del total de calorías, debiendo ser abundante el consumo de grasas monoinsaturadas (15-20% del aporte calórico a base de aceites vegetales en general y de oliva en particular) y moderado el de poliinsaturadas (menor del 7%, procedente fundamentalmente del pescado). La ingesta de colesterol (Tabla 1: Contenido en colesterol de los alimentos) debe ser inferior a 300 mg/día. Las proteínas deben constituir el 15-20% del aporte calórico total. Es importante saber que las carnes de ave y conejo contienen una menor proporción de grasas saturadas y colesterol que las carnes rojas. Los pescados, blancos o azules, con mayor contenido en ácidos grasos poliinsaturados omega-3, deberían ser usados para sustituir algunos platos de carne. Como norma general, a todo paciente se le debe ofrecer consejo dietético que permita conseguir que su patrón de consumo de alimentos se ajuste al característico de la dieta mediterránea (Tabla 2). El consejo dietético se hará tras recabar información sobre el tipo de dieta que realiza habitualmente, debiendo llevarse a cabo de manera estructurada con el objetivo de generar un cambio de conductas y actitudes.

Tabla 1: Contenido en colesterol/100 gramos de

Sesos 2.000	Sebo 100
Yema de huevo 1.500	Moluscos 50-100
Hígado de ave 500	Embutidos 50-100
Huevo entero 400	Quesos 25-100
Riñones 300-400	Carnes magras 70-90
Hígado 265-340	Pescado azul 50-80
Grasa de carne 300	Pescado blanco 70-90
Mantequilla 250	Jamones 45-70
Calamar, sepia, pulpo 200	Leche entera 15-30
Productos de bollería 50-200	Leche descremada 3
Crustáceos 150	Vegetales 0
Queso 100-150	

Tabla 2: Recomendaciones para seguir una dieta mediterránea

- Utilice **aceite de oliva** para cocinar y aliñar los alimentos
- Consuma 2 o más raciones al día de **verdura y hortalizas** (1 como mínimo cruda, por ejemplo en ensalada)
- Tome 2-3 piezas de **fruta** al día (incluyendo zumos naturales frescos)
- Consuma **legumbres** al menos 3 veces por semana
- Consuma **pescados o mariscos** al menos 3 veces por semana (1 como mínimo pescado azul)
- Tome **frutos secos** y/o **semillas** al menos 1 vez por semana
- Consuma con mayor frecuencia **carnes blancas** (aves sin piel y/o conejo) que carnes rojas, embutidos u otras carnes procesadas (hamburguesas, salchichas, albóndigas)
- Aderece los platos de pasta, arroz y verduras con **sofritos de tomate, ajo, cebolla o puerros**, al menos 2 veces por semana
- Limite a menos de 1 vez por semana el consumo de los siguientes alimentos y bebidas:
 - Nata, mantequilla o margarina
 - Bebidas azucaradas (refrescos)
 - Repostería, bollería industrial, patatas de bolsa (chips) o similares y alimentos o platos precocinados

Reducción del peso

Ante una persona obesa ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) se planteará un abordaje terapéutico integral, adaptado a las particularidades de cada individuo, que deberá incluir recomendaciones sobre dieta, ejercicio físico y modificación del comportamiento. La intervención en la obesidad deberá ir dirigida a conseguir un balance energético negativo: disminuir la ingesta e incrementar el gasto de calorías. La dieta hipocalórica representa el pilar fundamental del tratamiento. La combinación de recomendaciones sobre dieta y ejercicio, reforzada con terapia conductual, es la pauta más efectiva para conseguir una reducción del peso. Aunque lo ideal sería alcanzar el normopeso, una reducción del 5-10% del peso corporal ya supone un claro beneficio metabólico.

Por lo tanto, los pacientes con sobrepeso/obesidad ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$) deben recibir consejo (dieta hipocalórica y ejercicio) por parte de los profesionales sanitarios para reducir el peso.

Consumo de alcohol

El descenso del consumo se consigue mediante intervenciones basadas en el consejo médico y las bebidas sustitutivas sin alcohol.

Se recomienda que la ingesta de alcohol no supere 2 unidades de bebida estándar (UBE) (Tabla 3) al día, en general, o 14 UBE semanales en varones y 9 UBE semanales en mujeres.

Los pacientes, en general, que sean bebedores (más de 30 g/día de alcohol en varones o más de 20 g/día en mujeres) deben recibir consejo por parte de los profesionales sanitarios para reducir la ingesta de alcohol en al menos un 60%.

Tabla 3: Equivalencias para el cálculo del consumo de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE *)

TIPO DE BEBIDA	CANTIDAD	UBE
Vino	1 vaso (100 ml)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña/botellín (200 ml)	1
	1 litro	5
Licores	1 copa (50 ml)	2
	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2
	1 litro	40

- Una UBE equivale aproximadamente a 10 gramos de alcohol.

MANUAL PARA DORMIR BIEN Y LEVANTARSE MEJOR

He aquí algunas cosas que usted puede hacer que pueden ayudarle a dormir mejor:

- Acuéstese y levántese a la misma hora todos los días, inclusive los fines de semana, a pesar de que no haya dormido lo suficiente. Esto entrenará su cuerpo a dormir de noche.
- Establezca una rutina a la hora de acostarse. Haga lo mismo todas las noches antes de acostarse. Por ejemplo, tome un baño con agua tibia y luego lea durante diez minutos todas las noches antes de acostarse. Pronto, usted establecerá una conexión entre estas actividades y el sueño, y el hacerlas le hará sentirse con sueño.
- Use el dormitorio sólo para dormir o para tener relaciones sexuales. No coma, hable por teléfono o mire televisión mientras está en la cama.
- Asegúrese de que su cuarto sea oscuro y que no haya ruidos. Si el ruido es un problema, use un ventilador para enmascarar el ruido o póngase tapones en los oídos. Si debe dormir durante el día, cuelgue cortinas oscuras en las ventanas o póngase un antifaz sobre los ojos.
- Si aún está despierto después de tratar de dormir durante 30 minutos, levántese y vaya a otro dormitorio. Siéntese en silencio durante 20 minutos antes de regresar a la cama. Haga esto tantas veces como sea necesario hasta que logre quedarse dormido o dormida.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE AINE, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

		RIESGO GI	
		-	+
RIESGO CV	-	a AINEs . No es necesario protección gástrica . Mínimo riesgo GI	c COX-2 o AINEs+IBP . IBP no reduce el riesgo de los AINEs en el tracto GI inferior
	+	b AINEs + AAS . Comedicación con IBP reduce riesgo GI	d AINEs + AAS+IBP o COX-2 +AAS-IBP . COX-2 en lugar de AINEs proporciona protección en tracto GI inferior . La indicación temporal de AAS tiene menor riesgo del tracto inferior GI que la utilización de AAS de forma mantenida

Edad
Antecedente úlcera
Enfermedad general
Tratamiento esteroides
Tratamiento anticoagulante

Historia de IAM
Angina pectoris
Enfermedad cerebrovascular
TIA
Cirugía By-pass

AINEs: antiinflamatorios no esterorideos;

GI: gastrointestinal;

CV: cardiovascular,

IBP: inhibidores protones;

AAS: ácido acetil salicílico;

COX-2: inhibidores selectivos COX-2;

IAM: infarto miocardio.

- Los AINEs tradicionales pueden ser utilizados sin riesgo GI.
- Con incremento de riesgo CV, la combinación de AINEs con bajas dosis de AAS puede también estar justificado.
- Si el riesgo GI está presente puede asociarse un IBP o el AINE puede ser sustituido por un inhibidor selectivo de la COX-2. En el tracto inferior GI, el IBP no reduce el riesgo de lesiones producido por los AINEs tradicionales.
- Con incremento del riesgo CV, la utilización de bajas dosis de AAS como profilaxis CV y el riesgo de lesión GI puede ser reducido con la asociación de IBP.

¹ Traducido de: Bolten WW. Problem of the atherothrombotic potential of non-steroidal anti-inflammatory drugs. Ann Rheum Dis. 2006;65(1):7-13.

GASTROPROTECCIÓN EN PACIENTES CONSUMIDORES DE AINE¹

¿A quién se debe gastroproteger?:

La gastrolesividad asociada al consumo de AINEs resulta clínicamente relevante en tan sólo un subgrupo de pacientes. Estos enfermos son los que habría que gastroproteger, ya que la gastroprotección generalizada a todo consumidor de AINEs supondría unos costes escasamente beneficiosos. La identificación de este subgrupo de pacientes se hace en virtud de la existencia de unos factores de riesgo demostrados. Así pues, debe indicarse la gastroprotección en todo consumidor de AINEs que reúna alguno de estos factores:

- a) Historia previa de úlcera complicada o no: el factor más importante.
- b) Edad avanzada (>60-65 años).
- c) Toma concomitante de anticoagulantes o corticoides.
- d) Toma de varios AINEs, o de un AINE a altas dosis.
- e) Enfermedades cardiovasculares y/o enfermedad grave.

¿Con qué gastroproteger?:

En todos los pacientes, tengan o no factores de riesgo, deben seguirse una serie de medidas preventivas generales, entre las que se encuentran la restricción de la toma de AINEs a las indicaciones precisas, y el evitar en lo posible el consumo concurrente de AAS u otros AINEs, corticoides y anticoagulantes orales. En los casos en los que sea posible, debe indicarse paracetamol o metamizol y, cuando el componente inflamatorio de la patología exija un AINE, éste deberá utilizarse el mínimo tiempo necesario y a la dosis mínima efectiva.

En los pacientes que presenten alguno de los factores de riesgo citados, estas medidas generales serán necesarias pero no suficientes, debiendo aplicarse además un fármaco gastroprotector.

Fármacos gastroprotectores:

Varias sustancias se han propuesto como gastroprotectoras durante el consumo de AINEs.

Los antiácidos, el sucralfato y el acexamato de zinc no han demostrado suficientemente menor incidencia de úlcus en estos pacientes, por lo que no está indicado su uso.

Existen dos grupos de fármacos que sí han demostrado ser eficaces en la profilaxis de la gastropatía por AINEs: los análogos de prostaglandinas (misoprostol 800 mg/día) y los antisecretores:

¹ Tomado del Proceso Asistencial Integrado Dispepsia. Consejería de Salud. Sevilla 2003

- El misoprostol disminuye el riesgo de úlcera gástrica y duodenal y de sus complicaciones a dosis de 200 mg, 4 veces al día, al igual que el omeprazol. Sin embargo, se asocia con frecuencia a efectos secundarios, como la diarrea, hasta en un 40% de los pacientes, lo que condiciona el cumplimiento terapéutico. Está contraindicado en embarazadas.
- El omeprazol a dosis de 20 mg/día previene la úlcera gástrica y duodenal. Es el fármaco que ha demostrado más eficacia en la prevención de las úlceras gástricas y duodenales por lo que se aconseja como fármaco de elección en la profilaxis farmacológica de la gastropatía por AINEs.
- La famotidina, a 40 mg/12 h, doble de dosis de la estándar, también previene el riesgo de úlcera gástrica, pero no es superior a otros fármacos como el omeprazol y resulta más cara.
- La ranitidina ha demostrado su eficacia en la prevención de las úlceras duodenales por AINEs, pero no la gástrica, por lo que no sería el fármaco de elección.

Por todo ello, el fármaco recomendado en la profilaxis de la gastropatía por AINEs es el omeprazol a dosis de 20 mg/24h por mejor relación coste/eficacia, y por tener un mayor número de estudios que demuestran su eficacia.

(Probablemente otros IBP sean igualmente válidos, si bien la evidencia sobre ello es más escasa).

RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR PARA LA UTILIZACIÓN DE OPIOIDES MAYORES EN EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. (ADAPTADO)¹

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El tratamiento con opiáceos mayores está indicado en los pacientes con dolor de intensidad moderada a severa en el que han fracasado otros tratamientos y en los que se deben cumplir los siguientes requisitos:

- 1) Haber sido evaluado de forma detenida y correcta, con establecimiento imprescindible de la etiología del dolor y valoración de su intensidad y repercusión funcional.
- 2) Haber descartado suficientemente toda posibilidad de tratamiento etiológico.
- 3) No estar incluido en litigios o demandas económicas que tengan relación directa con el dolor o que puedan condicionar su existencia.
- 4) No presentar psicopatología; en el caso de pacientes con antecedentes aditivos contar con autorización psiquiátrica expresa.

NORMAS PARA INICIAR EL TRATAMIENTO

Si se cumplen estos requisitos los pacientes podrán iniciar un protocolo de tratamiento con opiáceos mayores en el que se deberán tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- 1) Antes de iniciar el tratamiento es imprescindible realizar un estudio de la intensidad del dolor mediante alguna escala de valoración analgésica y una evaluación de la capacidad funcional.
- 2) Se aconseja titular la dosis diaria inicial del opiáceo siguiendo las recomendaciones del PAI.
- 3) Se debe recomendar tratamiento preventivo del estreñimiento y de las náuseas.

NORMAS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL TERAPÉUTICO

Una vez iniciado el tratamiento con opiáceos mayores, los pacientes deberán ser sometidos a un riguroso seguimiento por el equipo que lo instauró y en cuyo protocolo deben contemplarse las siguientes recomendaciones:

- 1) Las correcciones de dosis hasta conseguir la analgesia adecuada, se efectuarán en periodos no inferiores a 72 horas.

¹ Aliaga et al. Recomendaciones del grupo de trabajo de la Sociedad Española del Dolor para la utilización de opiáceos mayores en el dolor crónico no oncológico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2000; 7: 253 - 254

- 2) Se debe pautar siempre una medicación de rescate, si es posible utilizando el mismo opiáceo siempre en fórmula de absorción rápida.
- 3) Al dosificar el opiáceo, se deben tener en cuenta situaciones especiales tales como la edad avanzada, patología hepática o renal y tolerancia individual.
- 4) La dosis máxima la marcará la aparición de efectos secundarios.
- 5) Limitar la aparición de tolerancia mediante revisiones periódicas y el uso de coadyuvantes.

NORMAS DE RETIRADA DEL OPIÁCEO

Antes de retirar el tratamiento con opiáceos mayores se deberán contemplar las siguientes recomendaciones:

- 1) Realizar un descenso progresivo de las dosis, dejando constancia ante el enfermo y su familia que el tratamiento no puede ser suspendido nunca y bajo ningún concepto de forma brusca.
- 2) En caso de intervenciones quirúrgicas u otras circunstancias, se recomienda la notificación del tratamiento con opiáceos al especialista correspondiente.
- 3) Valorar la utilización de todas las vías de administración posibles, antes de desechar definitivamente el tratamiento con opiáceos.

PRESENTACIONES ACTUALES DE FÁRMACOS RECOMENDADOS EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS MAS FRECUENTES

1. PRESENTACIONES ACTUALES

FÁRMACO	PRESENTACIONES
Paracetamol	Comprimidos de 500, 650 y 1.000 mg.
Metamizol	Cápsula de 575 mg y ampolla 2 gr.
Ibuprofeno	Comprimidos de 400 y 600 mg. Comprimido retard de 800 mg.
Diclofenaco	Comprimido de 50 mg. Comprimido retard de 75 mg. Supositorio de 100 mg.
Tramadol	Cápsula de 50 mg. Cápsulas retard de 50, 75, 100 150, 200, 300 y 400 mg. Solución de 30 ml
Codeina	Comprimidos de 15, 30 y 60 mg.
Fentanilo	Parches transdérmicos de 12, 25, 50, 75 y 100 µgr. Oral transmucoso de 200, 400, 600, 800 y 1200 µgr.
Oxicodona	Comprimidos de liberación normal de 5, 10 y 20 mg. Solución 20 mg/ml. Comprimidos retard de 10, 20, 40 y 80 mg.
Buprenorfina	Parches transdérmicos de 35, 52, 5 y 70 µgr.
Amitriptilina	Comprimidos de 10, 25, 50 y 75 mg.
Clorimipramina clorhidrato	Gragea de 10 mg. Comprimido de 25 mg. Ampolla de 75 mg.
Venlafaxina clorhidrato	Comprimidos de 37,5; 50 y 75 mg. Cápsulas retard de 75 y 150 mg.
Duloxetina	Cápsulas de 30 y 60 mg.
Carbamacepina	Comprimidos de 200 y 400 mg.
Gabapentina	Cápsulas de 300, 400, 600 y 800 mg.
Pregabalina	Cápsulas de 25, 75, 150 y 300 mg.
Capsaicina tópica	Crema al 0,075%.
Baclofeno	Comprimidos de 10 y 25 mg. Ampolla de 2000 µgr/ml.
Ziconotide	Ampollas de 1, 2 y 5 ml con 100 mcg/ml.

2. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

INTERACCIONES GENERALES DE LOS AINES

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Anticoagulantes orales	Riesgo de hemorragia
Furosemda	Ineficacia diurética
IECAS	Ineficacia antihipertensiva
Litio	Toxicidad
Metotrexato	Toxicidad

Interacciones del diclofenaco

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Alcohol	Aumento de toxicidad
Antagonistas del calcio	Ineficacia antihipertensiva
Ceftriaxona	Disminución de niveles séricos
Ciclosporina	Aumento de toxicidad
Corticoides	Aumento de toxicidad
Digitoxina	Riesgo de toxicidad digital
Midazolam	Aumento de efecto sedante
Pentazocina	Riesgo de ataques epilépticos
Propacetamol	Incremento de antiagregación
Resinas	Ineficacia del diclofenaco
Acetilsalicílico	Ineficacia

Interacciones del ibuprofeno

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Antagonistas del calcio	Disminuye efecto vasodilatadora
Baclofeno	Toxicidad
Betabloqueantes	Ineficacia antihipertensiva
Digoxina	Aumento de concentración
Hidróxido de magnesio	Aumento de niveles séricos
Resinas	Inhibición de efecto antiinflamatorio
Tacrina	Toxicidad neurológica
Tacrolimus	Riesgo nefrotoxicidad

Interacciones del metamizol

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Cloroquina	Reacciones distónicas
Hidroxicloroquina	

Interacciones del paracetamol y propacetamol

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Alcohol etílico	Aumento de toxicidad
Anticoagulantes orales	Riesgo de hemorragia
Anticonvulsivantes	Aumento de toxicidad
Anticolinérgicos	Disminución de concentración
Cloranfenicol	Toxicidad cloranfenicol
Estrogenos	Disminución de niveles plasm
Isoniazida	Aumento de concentración
Lamotrigina	Disminución vida media
Propranolol	Aumento de concentración
Rifampicina	Disminución de niveles

INTERACCIONES COMUNES DE LOS OPIOIDES

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Carbamacepina	Reduce eficacia opioide
Cimetidina	Riesgo de toxicidad
Depresores del SNC	Depresión centro-respiratorio
Fenotiazinas	Incremento sedación e hipotensión
Pentazocina	Síndrome de abstinencia

Interacciones de buprenorfina

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Benzodiazepinas	Depresión respiratoria por sumación de efectos depresores del SNC
Fenitoina	Precaución por posible disminución de efecto analgésico buprenor
Fenobarbital	Precaución por posible disminución de efecto analgésico
Ketorolaco	Precaución por posible depresión centro respiratorio
IMAO	Evitar por riesgo de síndrome serotoninérgico
Quinidina	Evitar, debido a notable reducción de efecto analgésico

Interacciones del fentanilo

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Amiodarona	Vigilar por aumento de la toxicidad de la amiodarona
Enflurano	Vigilar por posible aumento de la toxicidad por fentanilo
Halotano	Vigilar por posible aumento de la toxicidad fentanilo
Macrólidos (eritromicina)	Vigilar por aumento de la toxicidad del fentanilo
Midazolam	Hipotensión e hipotermia en neonatos. Uso exclusivo en técnicas anestésicas

Interacciones de la metadona

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Alcohol etílico	Aumento de la depresión SNC
Alprazolam	Incremento de la toxicidad de la benzodiazepina
Barbitúricos	Reducción de efecto de sedación y síndrome de abstinencia
Carbamazepina	Posible reducción de la eficacia
Cimetidina	Riesgo de toxicidad por metadona
Desipramina	Aumento de la toxicidad
Fenitoina	Reducción del efecto analgésico o síndrome abstinencia
Fenobarbital	Reducción del efecto analgésico o síndrome abstinencia
Fluvosamina	Riesgo de intoxicación por metadona
Rifampicina y rifabutina	Reducción del efecto analgésico o síndrome abstinencia
Zidovudina	Aumento de la toxicidad por zidovudina

Interacciones de la morfina

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Anticonceptivos orales	Reducción de efecto analgésico por inducción metabólica
Antidepresivos tricíclicos	Aumento del efecto opioide
Cimetidina	Riesgo de toxicidad
Fluoxetina	Riesgo potencial de ineficacia
Metoclopramida	Aumento del efecto por aumento absorción
Ranitidina	Confusión, agitación, desorientación
Rifampicina	Disminución de la actividad analgésica
Sertralina	Potenciación de la toxicidad

Interacciones de la oxycodona

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Antidepresivos tricíclicos	Aumento del efecto opioide
Alcohol etílico	Aumento de la depresión del SNC
IMAO	Riesgo de síndrome serotoninérgico
Imidazólicos	Incremento toxicidad opioide por inhibición metabólica
Macrólidos	Incremento toxicidad opioide por inhibición metabólica
Quinidina	Incremento toxicidad opioide por inhibición metabólica

Interacciones del tramadol

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Anticoagulantes orales	Riesgo de hemorragia por inhibición enzimática
Carbamazepina	Riesgo de ineficacia del tramadol
IMAO	Alteración de la aclaramiento de tramadol
Paroxetina	Síndrome serotoninérgico
Sertralina	Síndrome serotoninérgico

INTERACCIONES COMUNES DE LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
IRSS (fluoxetina, paroxetina, sertralina)	Aumento de efecto y toxicidad
Carbamazepina (CBZ)	Toxicidad por aumento niveles CBZ
Fluvoxamina	Aumento toxicidad por disminución metabolismo
Rifampicina	Toxicidad por disminución metabolismo
Ac. Valproico	Toxicidad por disminución metabolismo
Cimetidina	Toxicidad por disminución metabolismo

INTERACCIONES DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS

Interacciones de la carbamazepina

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Diltiazem, Verapamilo	Neurotoxicidad, disminución metabolismo
Eritromicina, Claritromicina	Aumento de la toxicidad, disminución metabolismo
Tetraciclinas	Disminución del efecto; usar otro antibiótico
Lamotrigina, Ac. valproico, Fenitoina	Disminución efecto, posible metabolito tóxico
Litio	Aumento neurotoxicidad. Sinergia
Anticonceptivos orales	Disminución del efecto, aumento metabolismo
Antidepresivos tricíclicos	Aumento de CBZ, disminución antidepresivo
Teofilina	Disminución niveles, por aumento metabolismo

Interacciones de la fenitoina

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Carbamazepina, Fenobarbital, Ac. Valproico	Toxicidad por desplazamiento
Fluconazol	Toxicidad por disminución metabolismo
Amiodarona	Toxicidad por disminución metabolismo
Anticonceptivos orales	Toxicidad por disminución metabolismo
Corticosteroides	Disminución del efecto corticoideo
Antituberculosos (isoniacida, rifampicina)	Disminución del efecto, por aumento metabolismo

INTERACCIONES GENERALES DE LOS FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS (BENZODIACEPINAS)

FÁRMACO	CONSECUENCIAS
Etanol	Efectos aditivos, aumento sedación
Itraconazol, Fluconazol	Toxicidad por benzodiacepinas
Levodopa	Disminución del efecto antiparkinsoniano
Eritromicina	Aumento de la toxicidad por benzodiacepinas
Teofilina	Antagonismo efecto sedante

Situaciones especiales:

- Gestación: el uso de AINES especialmente durante el tercer trimestre (cierre del ductus arterioso fetal por inhibición síntesis de prostaglandinas, efecto antiagregante plaquetario que podría complicar el parto) sólo se acepta en caso de ausencia de alternativas terapéuticas más seguras.
- Ancianos: Mayor sensibilidad a los efectos tóxicos, se recomienda iniciar el tratamiento con dosis inferiores a las habituales.

El metamizol: no está recomendado en el primer trimestre y las 6 últimas semanas de gestación, aceptándose únicamente bajo estricta vigilancia.

No se recomienda su administración durante la lactancia, ya que se excreta por leche materna.

Situaciones especiales para la toma de opioides:

- Gestación: no existen estudios, por lo que su uso debe realizarse valorando la relación riesgo/beneficio; su administración durante el parto puede producir depresión respiratoria del recién nacido.
- Lactancia: se recomienda evitarlos o suprimir la lactancia ya que se excretan por leche materna.
- Ancianos: se recomienda iniciar con menos dosis por aumento de la semivida de eliminación.
- Insuficiencia hepática: se recomienda utilizar dosis mínima o prolongar el intervalo de administración.
- Insuficiencia renal: se recomienda utilizar dosis mínima o prolongar el intervalo de administración.

Situaciones especiales para la toma de antiepilépticos:

- Gestación: carbamazepina, evitar fenitoina y gabapentina
- Insuficiencia hepática: monitorizar y disminuir dosis
- Insuficiencia renal: disminuir dosis según aclaramiento de creatinina

MÉDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Se debe diseñar un programa individualizado, aplicando en cada caso las terapias físicas y técnicas más eficaces.

Cinesiterapia libre, activoasistida o pasiva: Destinada a mantener el mejor balance articular, el mejor tono muscular, la mejor actividad cardiopulmonar, el mejor retorno venoso de miembros inferiores. La mayor parte de los autores y de la bibliografía consultada demuestra evidencia científica en la mejora de la calidad de vida, aunque no lo demuestre en parámetros como la disminución del dolor. En la cervicalgia crónica el grado de recomendación es A para la mejora del dolor y la función con los ejercicios supervisados.

Las escuelas de dolor lumbar no tienen utilidad alguna en el dolor lumbar agudo. En el dolor crónico parece que los resultados son beneficiosos por disminuir el dolor y mejorar la capacidad funcional, especialmente medido a los 6 meses y en los sitios de trabajo.

Electroterapia en sus diferentes variedades (corriente galvánica directa, corriente galvánica modulada, iontoforesis, TENS, EMS, campos magnéticos) : no existen evidencias científicas fuertes a favor de una técnica respecto a otra (todas las revisiones consultadas concluyen en evidencia científica moderada-baja o que no hay pruebas a favor o en contra del uso debido a la gran aleatoriedad en la aplicación de las diversas técnicas, en la aplicación de varias técnicas a la vez o asociadas a otros tratamientos, etc) Existen algunas evidencias en el uso de iontoforesis y del TENS.

Termoterapia y otras: La evidencia científica no es concluyente en la eficacia de estas medidas físicas para el dolor crónico. Igualmente para los ultrasonidos y laser.

Técnicas manuales: Hay evidencia fuerte-moderada para la masoterapia en sus diversas modalidades, P.N.F., estiramientos, digitopresión, en que disminuye el dolor y aumenta la movilidad en la cervicalgia crónica, etc..

Tracciones cervical y lumbar: Evidencia moderada para la disminución del dolor cervical crónico.

Hidroterapia: No hay evidencia científica concluyente por los defectos metodológicos de los trabajos revisados; en sus diferentes modalidades desde la cinesiterapia activa dentro del agua, sus efectos beneficiosos por el calor o la vibración o la presión de los chorros en túnel.

Terapia ocupacional: Podemos definir la terapia ocupacional (TO) como el uso de la actividad propositiva con personas que se encuentran limitadas por lesión o enfermedad física, psicossocial, del desarrollo, del aprendizaje, pobreza, diferencias culturales o envejecimiento, con el fin de maximizar la independencia, prevenir la discapacidad y mantener la salud. La TO contribuye a la recuperación funcional pero también facilita la adaptación a su discapacidad por medio de:

- Enseñanza de destrezas básicas, instrumentales y avanzadas para realización de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Diseño, fabricación y aplicación de aparatos ortésicos o protésicos
- Adaptación y entrenamiento en uso de ayudas técnicas
- Adaptación del entorno (domicilio, escolar, laboral,...)

Las TO desempeñan un rol fundamental proporcionando actividades terapéuticas que permiten a la persona con dolor desarrollar las destrezas y tolerancias necesarias para alcanzar las metas en cuidados personales, vocacionales y recreativos.

Los abordajes se pueden resumir en:

Actividad física: El incremento en el nivel de actividad física es fundamental para la mayoría de los programas terapéuticos de manejo del dolor crónico, siendo el principal área de intervención en TO. Los incrementos en la actividad se realizan de forma gradual y la persona con dolor trabajará para ganar tolerancia. Las actividades se programan en forma de ejercicios grupales o individuales que requieren movilidad progresiva, fortalecimiento y resistencia para ayudar a la persona con dolor a lograr su nivel funcional máximo. Las bases del tratamiento se fundamentan en principios de mecánica corporal y control postural, conservación de la energía, y prescripción y uso de ortesis y material adaptado.

Protección articular: Supone una serie de reglas que posibilitan mantener la vida autónoma de la persona con dolor en todas las facetas de su vida, reduciendo el dolor y el peligro de sufrir daños mayores en las estructuras implicadas. Se podrían resumir en: evitar posiciones deformantes y/o mantenidas, uso de articulaciones más fuertes para trabajos más pesados, uso de las articulaciones en su mayor ventaja mecánica y enseñar a la persona con dolor a respetar el dolor.

Adaptación del entorno y ergonomía: Conjunto de reglas y actuaciones destinadas a adaptar cada actividad a la capacidad de la persona que la va a realizar. Cobra mayor importancia en el mundo laboral, suponiendo la adaptación de cada puesto de trabajo a la persona, de modo que se facilite la realización de la tarea con un máximo de confort y un mínimo de riesgos.

Distracción: Es ventajoso para las personas que experimentan dolor aprender cómo distraerse más eficazmente cuando están expuestas a estímulos nocivos o baja estimulación ambiental y durante periodos de actividad mínima (tratamiento de quimioterapia, diálisis,...). No pueden prestar tanta atención al dolor cuando están centrados en otra tarea. Se ha demostrado que participar en una actividad con propósito mejora la tolerancia al dolor.

Técnicas auxiliares: La TO se nutre de otras técnicas para maximizar los beneficios del tratamiento, como son las técnicas conductuales, métodos de relajación, uso de la biorretroalimentación, masaje y vibración, entre otras.

Como normas generales:

- El reposo no es sinónimo de inactividad absoluta. Debemos mantener cierto grado de actividad suave, incluyendo actividades de autocuidado.
- Toda actividad incluirá periodos de reposo.

- Evitaremos aquellos movimientos concretos que hacen aumentar el dolor, sustituyéndolos si es posible por otros. En general son preferibles los movimientos de articulaciones grandes y evitaremos mantener posiciones estáticas durante un tiempo prolongado; si tenemos que mantener mucho tiempo la bipedestación estática, alternaremos ésta con la sedestación parcial en taburetes altos con apoyo lumbar.
- Intentaremos tener los materiales necesarios para realizar una actividad cerca, a una altura entre nuestra cintura y nuestros hombros y a una distancia no superior al alcance de nuestros brazos.
- Nos sentaremos con la espalda bien apoyada en el respaldo y la mesa a una altura que permita el apoyo total de los antebrazos, con los codos a 90º de flexión. Si utilizamos ordenador, la pantalla estará a la altura de los ojos y el teclado será preferiblemente ergonómico; si utilizamos con frecuencia el teléfono, nos decantaremos por auriculares tipo casco.
- Haremos uso de adaptaciones como dispositivos para abrir botes sin esfuerzo, pequeños electrodomésticos ligeros, taburetes altos, banquitos, etc.
- En los periodos obligados de reposo por dolor, buscaremos tareas suaves que nos distraigan de las sensaciones negativas.

Técnicas ortoprotésicas: algún tipo de ayudas técnicas son necesarias con varios objetivos: limitar el movimiento de la zona corporal que produce el dolor, actuar como descarga de la zona dolorosa, servir con terapia para disminuir el dolor hasta mejorar las A.V.D. y profesionales, etc.

MÉTODOS DE RELAJACIÓN

RELAJACIÓN PROGRESIVA

Uno de los factores que influyen en la intensidad del dolor es el nivel de tensión muscular. Si la persona se siente estresada, molesta o enfadada, el dolor se suele hacer más fuerte. Además el dolor por sí solo puede ser causante de esa elevación del tono muscular. Cuando un dolor es continuo, la persona tiende a mantener permanentemente niveles elevados de tensión en determinados músculos. Algunos grupos de músculos se contraen automáticamente como respuesta al dolor. Esto es muy apropiado en caso de daño agudo, porque contribuye a la inmovilización de la zona afectada y facilita la curación. Ahora bien, esta respuesta automática aparece también en el dolor crónico, pero en este caso es perjudicial. Lo que ocurre es que no se suele ser consciente del nivel de tensión de algunos músculos.

Mediante el siguiente método la persona adquirirá la capacidad de aprender a relajarse cuando quiera rápida y profundamente. No se trata de un estado de relajación cercano al sueño: estará alerta y con control.

Este método supone la relajación sistemática, por turno, de diversos grupos musculares. Al principio se combina con una tensión inicial del músculo para que se aprenda a percibir la tensión como estado opuesto. No forzar demasiado la tensión antes de liberar y relajar el músculo. Sólo será necesario un poco de tensión más de la habitual, de forma que puedan compararse los dos estados. Cuando se trabajen los músculos cercanos a la zona del dolor debe tenerse cautela. En los músculos alejados del área del problema se puede tensar más antes de la relajación.

Además de la relajación se practicará la respiración diafragmática para que la relajación sea más profunda. Con la práctica, este método permitirá evocar rápidamente el estado de relajación.

La posición de la relajación

La persona con dolor debe sentarse en una silla lo más cómoda que pueda. Mantendrá la cabeza recta sobre los hombros, no la inclinará ni hacia delante ni hacia atrás. La espalda debe estar tocando el respaldo de la silla. Colocará adecuadamente las piernas sin cruzarlas y los pies estarán apoyados en el suelo. Se pondrán las manos sobre los muslos. Ahora se puede comenzar a intentar relajarse. Ésta es la posición de relajación.

Tensar y relajar grupos de músculos

Una vez que la persona se encuentre cómoda, debe comenzar a tensar y relajar grupos de músculos. Cuando se tense un músculo, intentará notar en qué zona en particular siente la tensión. Después se concentrará en lo que siente cuando los músculos están relajados. La secuencia por tanto, es la siguiente: (1) tensar los músculos en su grado máximo, (2) notar en todos los músculos la sensación de tensión, (3) relajarse y (4) sentir la agradable sensación de la relajación. Cuando tense una zona particular del cuerpo, debe mantener el resto del cuerpo relajado. La idea es que al tensar una cierta zona de cuerpo note dónde está la tensión, y al relajar despacio esa zona pueda identificar qué músculos está relajando. Ésto al principio le resultará difícil pero con un poco de práctica lo conseguirá. Si tiene problemas con alguna zona en particular, como podrían ser los músculos de la cara o la cabeza, practicar frente a un espejo puede ser útil. El espejo puede utilizarse también para observar cómo el resto de su cuerpo se mantiene relajado mientras se concentra en la tensión y relajación de un área particular.

Cuando se practica la relajación por primera vez, debe asegurarse de que concede tiempo suficiente para notar tanto la sensación de tensión como la de relajación. Debe mantener tensa cada parte del cuerpo alrededor de unos cinco segundos y después debe concentrarse en la sensación de relajación durante unos diez segundos como mínimo. Algunas partes del cuerpo pueden requerir más tiempo que otras (por ejemplo, la espalda normalmente necesita más tiempo que los brazos). A estas áreas que presentan una especial dificultad se les debe dedicar más tiempo. Cuando se crea que ya ha dedicado bastante tiempo a una zona en particular se retirará la atención sobre este punto.

Frente: Arrugar la frente subiéndola hacia arriba. Notará dónde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja). Ahora, se relajará muy despacio poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas. Se tomará unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos estos músculos. Es como si los músculos hubieran desaparecido, están totalmente relajados.

Ojos: Cerrar los ojos apretándolos fuertemente. La persona debe sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada párpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo. Se prestará especial atención a las zonas que estén tensas. Poco a poco relajará los ojos tanto como pueda y, muy despacio, los entreabrirá. Notar la diferencia entre las sensaciones.

Nariz: Arrugar la nariz. El puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Poner mucha atención en estas zonas. Gradualmente relajar la nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera. Notar cómo ahora siente esos músculos como perdidos, sin tensión, totalmente relajados. Deberá notar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación.

Sonrisa: Debe hacer que la cara y la boca adopten una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos. Los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes. Gradualmente relajará los músculos de cada lado de las mejillas y cara. Notará la sensación que experimenta cuando todos estos músculos dejan de hacer presión, debe olvidar toda la tensión para relajarse. Ahora están totalmente relajados y la persona puede sentirlo.

Lengua: Colocar la lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de la boca. Prestar atención al lugar donde siente la tensión (dentro de la boca, en la lengua así como en los músculos que están debajo de la mandíbula). Poco a poco relajar este grupo de músculos, debe ir dejando caer gradualmente la lengua sobre la boca, apoyándola. Poner especial atención a las zonas que están particularmente tensas. Debe notar cómo siente relajarse estos músculos. Experimentar la diferencia entre tensión y relajación.

Mandíbula: Apretar los dientes (los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y las sienes). Poco a poco relajará la mandíbula y experimentará la sensación de dejarla ir. Debe sentir cómo estos músculos se apagan, se relajan. De nuevo sienta y note la diferencia con respecto a la tensión.

Labios: Arrugar los labios fuertemente. Notará la tensión en los labios superior e inferior y en toda la zona alrededor de los labios. Poner enorme atención en todas estas zonas que ahora están tensas. Gradualmente relajará los labios. Debe notar cómo siente estos músculos perdidos, apagados, relajados. Es muy diferente a cuando estaban tensos.

Cuello: Apretar y tensar el cuello. Debe comprobar dónde siente la tensión. Se concentrará en las zonas que están tensas. Relajará poco a poco el cuello. Debe notar cómo los músculos pierden la tensión y se relajan paulatinamente.

Si después de alguna práctica la persona tiene todavía alguna dificultad y nota tensión en los músculos del cuello, existe otro procedimiento para conseguir el mismo efecto: inclinar la cabeza hacia delante hasta tocar el pecho con la barbilla. Comprobar cómo siente la tensión en la parte delantera del cuello pero muy especialmente en la nuca. Ahora, relajará gradualmente estos músculos y colocará la cabeza en una posición cómoda. Debe sentir la agradable sensación de relax en estos músculos, debe notar la diferencia con la tensión. A continuación realizará el ejercicio opuesto, es decir, inclinará la cabeza hacia atrás repitiendo el ejercicio anterior. Mientras que está todavía en la posición de relajación inclinará la cabeza hacia la derecha de forma que la dirija hacia el hombro. Deberá sentir alguna tensión en el lado derecho del cuello, pero donde especialmente notará la tensión es en el lado izquierdo. Llevará de nuevo la cabeza a la posición de relajación. Notará las diferentes sensaciones que experimenta en el cuello. Ahora se inclina la cabeza hacia la izquierda de forma que se dirija al hombro izquierdo. Sentirá alguna tensión en el lado izquierdo, pero donde especialmente experimentará la tensión es en el lado derecho. Gradualmente, llevará la cabeza a la posición de relajación. Debe notar la diferencia de sensaciones cuando los músculos pasan de la tensión a la relajación.

Brazos: La persona extenderá el brazo derecho y lo pondrá tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejercerá tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realizará el máximo de tensión. Debe comprobar cómo aumenta la tensión muscular en los bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos. Gradualmente relajará y

bajará el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre los muslos en la posición de relajación. Ahora debe comprobar cómo estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Debe experimentar la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez, ahora es todo mucho más agradable. Repetir el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

Piernas: Levantar horizontalmente la pierna derecha arqueando el pie derecho hacia atrás en dirección a la rodilla. Debe ejercer el máximo grado de tensión. Comprobar dónde siente la tensión (trasero, pantorrilla, muslo, rodilla y pié). Relajar lentamente todas estas zonas y bajar despacio la pierna hasta que el pie derecho descansa sobre el suelo, relajar también la rodilla. Asegurarse de que las piernas están en posición de relajación. Debe notar la sensación de relación en estos músculos, observar cómo la tensión ha desaparecido y están totalmente descansados. Debe experimentar la diferencia entre tensión y relajación. Repetir el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

Espalda: Inclinar hacia delante el cuerpo en la silla. Elevar los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante. Notar dónde siente particularmente la tensión (en los hombros y algo más debajo de la mitad de la espalda). Relajarse gradualmente llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original y volver a poner los brazos sobre los muslos en posición de relajación. Debe notar que ahora ha perdido la tensión en estos músculos. Ha desaparecido la tensión para dar paso a la relajación. Ahora están totalmente relajados. Debe experimentar la diferencia entre la tensión y la relajación.

Tórax: Tensar y poner rígido el pecho e intentar constreñirlo como si quisiera reducir los pulmones. Debe notar dónde siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho). Relajar gradualmente el tórax y notar cómo desaparece la tensión en estos músculos. Ahora están relajados. Debe experimentar la diferencia entre la tensión y la relajación.

Estómago: Tensar fuertemente los músculos del estómago comprimiéndolos hasta que lo pongan tan duro como una tabla. Notar dónde se siente la tensión (en el ombligo y alrededor de éste, en un círculo de unos diez centímetros de diámetro). Relajarlos gradualmente hasta que el estómago vuelva a su posición natural. Debe sentir cómo estos músculos están perdidos, apagados y relajados. No olvidar que la idea es tener una zona del cuerpo muy tensa para que pueda notar la sensación en esa zona y la pueda relajar despacio hasta identificar los músculos que la persona está relajando.

Debajo de la cintura: Tensar todos los músculos que están debajo de la cintura, incluyendo las nalgas y los muslos. Debe sentirse como si se elevara de la silla. Debe notarse que también se tensan las piernas un poco. Obsérvese las zonas particularmente tensas (trasero, muslos y todos los músculos que están en contacto con la silla). Relajar lentamente estos músculos y volver a recostarse en la silla. Observar cómo ha desaparecido la tensión en estos músculos, están apagados, relajados. Experimentar la sensación de relajación. Comprobar la diferencia existente entre la tensión y la relajación.

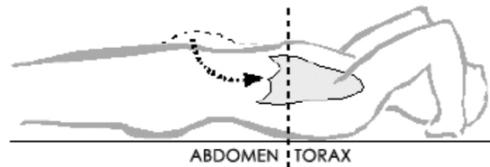
Ejercicios de respiración

Comprobar que se encuentra en la posición de relajación. Ahora cerrará los ojos e intentará relajar todo el cuerpo. Si nota que alguna parte está tensa, intentará relajarla. Hará una profunda inspiración, la mantendrá y después expulsará el aire lentamente; mientras que está exhalando relajará todo el cuerpo, de la cabeza a los pies. Debe intentar imaginar que está viendo cómo se relajan todos los músculos. Hará esto cinco veces. Respirará de la misma forma otra vez, pero en este caso cuando empiece a exhalar debe pronunciar la palabra "R-E-L-A-X" lentamente, de forma que cuando llegue a la "X" haya recorrido todo el cuerpo relajándolo completamente, desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Repetir esto cinco veces.

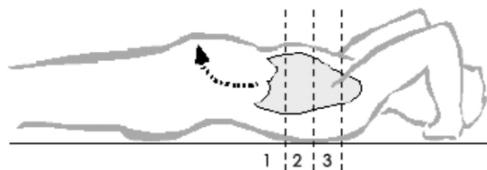
¿Cómo hacer una respiración completa? "píldora para el bienestar"

Antes de empezar el ejercicio es conveniente conseguir un ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos, un lugar con una temperatura adecuada y una luz moderada, si pretendemos relajarnos.

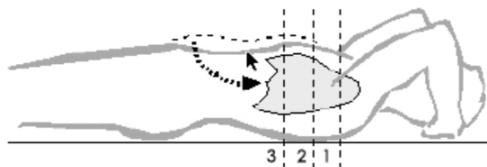
1. Nos vaciamos de aire: esta respiración integra la respiración clavicular, costal y abdominal en una. Podemos tumbarnos boca arriba o bien sentarnos cómodamente. Pondremos una mano sobre nuestro abdomen. Espiraremos hasta que notemos que nos quedamos sin aire en los pulmones...



2. Inspiramos: después inspiraremos lentamente por la nariz, llenando en primer lugar el abdomen que debe impulsar nuestra mano hacia arriba. Cuando percibimos que nuestro vientre está lleno de aire, inhalamos a su vez aire en nuestro pecho. Seguidamente, levantamos nuestros hombros y los llenamos también de aire. Es como si todo nuestro cuerpo fuera un balón y lo estuviésemos hinchando.



3. Nos vaciamos nuevamente; procuraremos retener el aire unos instantes..., seguidamente espiraremos muy lentamente, manteniendo el mayor tiempo posible nuestro vientre lleno, vaciando primero los hombros, luego el pecho y finalmente nuestro abdomen.



Relajación sin tensión

Repetir de nuevo el proceso de relajación, pero esta vez no tensar ninguna zona del cuerpo a menos que se encuentre dificultad para relajarla. Recorrer todo el cuerpo y relájarlo tanto como se pueda. Una vez que se hayan relajado todas las partes del cuerpo se realizarán cinco ejercicios de respiración mientras pronuncia la palabra "R-E-L-A-X".

Práctica

Es muy importante que la persona practique. La relajación es como cualquier habilidad: a mayor práctica, mejor resultado. Debe poner en práctica el apartado "Tensar y relajar los músculos", el de "Ejercicios de respiración" y el de "Relajación sin tensión", dos veces al día. Al principio llevará unos quince o veinte minutos diarios, pero con el tiempo será capaz de realizar tan sólo la relajación sin tensión y los ejercicios de respiración.

Relajación en otras posiciones

De pie: una vez que ya consiga la relajación sin tensión, deberá practicar la relajación estando de pie. Mantener la cabeza erguida sobre los hombros, tensar todo el cuerpo, apretar las manos a ambos lados del cuerpo, meter hacia delante el estómago y tensar los muslos y las nalgas así como las rodillas. Debe notar dónde siente particularmente la tensión. Relajar poco a poco todos estos músculos empezando por la cabeza y terminando por los pies. Debe notar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación. También puede practicar la relajación mientras va andando y tumbada.

Relajación como un procedimiento de autocontrol

Cuando la persona se encuentre en una situación que le provoque ansiedad, debe examinar su cuerpo y comprobar qué zonas son las que están especialmente tensas. A continuación, concentrarse en relajar ese grupo de músculos. Todo el mundo tiene al principio problemas para relajar algún grupo de músculos, pero con la práctica todas las zonas se acabarán tensando y relajando fácilmente. Puede ser útil practicar la relajación en algunas zonas varias veces al día, especialmente en aquellas que le causan problemas tanto si en ese momento se siente ansiosa como si no (p.ej. puede relajar la mandíbula mientras conduce). Una vez que ha dominado todo el procedimiento y sea capaz de relajarse sin tensión, debe seguir practicando durante 10 minutos, dos veces al día la relajación sin tensión y los ejercicios de respiración.

También puede relajarse antes de cualquier acontecimiento que considere desencadenante de la ansiedad, durante el mismo y después del mismo, realizando los ejercicios de respiración y relajando todos los músculos del cuerpo. Si la persona está ansiosa no siempre conseguirá eliminar completamente la ansiedad, pero si continúa practicando la reducirá hasta un nivel tolerable.

EJERCICIOS BASADOS EN EL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ

Es conveniente que estos ejercicios no se realicen sin control sanitario previo.

Consideraciones antes de empezar los ejercicios:

- Toda nuestra atención debe estar centrada en nuestro cuerpo. Liberar la mente de pensamientos y preocupaciones.
- Disminuir todos aquellos estímulos que puedan interferir en el entrenamiento de relajación: ruidos, temperatura inadecuada...etc.
- No esperar resultados increíbles desde el principio. No olvidar que estamos entrenando y que tenemos que aprender paulatinamente.

Las palabras clave de los ejercicios, para luego formar las frases de relajación –que puedes grabar con tu propia voz– son:

PALABRAS CLAVE

1. Peso	2. Calor	3. Latido	4. Respiración	5. Plexo solar	6. Frío
---------	----------	-----------	----------------	----------------	---------

Primer ejercicio:

Mi brazo derecho lo siento muy pesado (repetiremos esta frase 6 veces)

Mi brazo izquierdo lo siento muy pesado (repetiremos esta frase 6 veces)

Mis dos brazos los siento muy pesados (repetiremos esta frase 6 veces)

Mi pierna derecha la siento muy pesada (repetiremos esta frase 6 veces)

Mi pierna izquierda la siento muy pesada (repetiremos esta frase 6 veces)

Mis dos piernas las siento muy pesadas (repetiremos esta frase 6 veces)

Podemos intercalar entre estas frases otras como "cada vez estoy más tranquilo, estoy más en calma, mis piernas las siento hundirse y es una sensación agradable...etc".

Segundo ejercicio: como en el anterior repetiremos cada frase en un tono pausado y calmado seis veces.

Mi brazo derecho lo siento caliente

Mi brazo izquierdo lo siento caliente

Mis dos brazos los siento calientes

Mi pierna derecha la siento caliente

Mi pierna izquierda la siento caliente

Mis dos piernas las siento calientes

Como en el ejercicio anterior, podemos intercalar frases como "estoy muy calmado, los rayos del sol calientan mis piernas...etc"

Tercer ejercicio:

Siento el latido de mi corazón fuerte y tranquilo
Siento el latido en mi brazo derecho (repetimos 6 veces)
Siento el latido en mi brazo izquierdo (repetimos 6 veces)
Siento el latido en mis dos brazos (repetimos 6 veces)
Siento el latido en mi pierna derecha (repetimos 6 veces)
Siento el latido en mi pierna izquierda (repetimos 6 veces)
Siento el latido en mis dos piernas (repetimos 6 veces)

Cuarto ejercicio:

Siento mi respiración muy tranquila y sosegada (repetiremos esta frase 6 veces)
Mi respiración está en calma (repetimos 6 veces)
Nos concentraremos en nuestra respiración, pero sin intentar forzar su ritmo natural. Debemos dejarnos llevar por nuestra respiración como aquel que se deja flotar en el agua " haciéndose el muerto".

Quinto ejercicio:

Repetiremos 6 veces las frases: "Tranquilidad, peso, calor, el plexo solar está caliente" y "mi abdomen lo siento caliente".

Sexto ejercicio:

Repetiremos 6 veces las frases: "La frente está agradablemente fresca", y "estoy sintiendo una agradable brisa en mi frente".

Último ejercicio: "La retirada"

La haremos paulatinamente, en primer lugar flexionando con lentitud nuestros dedos y seguidamente las distintas partes de nuestro cuerpo que hemos ido relajando...; respiraremos con profundidad y con suavidad abriremos los ojos.

EJERCICIO AERÓBICO

Se trata del ejercicio que utiliza grandes grupos musculares y pone a prueba el aparato cardio-vascular. Estimula un incremento sostenido del consumo de oxígeno.

El Colegio Americano del Deporte recomienda hacerlo de 3 a 5 días /semana, duración de 30 minutos y de 50 a 70% de frecuencia cardiaca máxima.

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.
- 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 tiempo e intensidad del ejercicio (no se aumenta cuando se está mejor, se mantiene el tiempo recomendado a continuación).
- 30 minutos de forma no consecutiva : 1ª sesión 3 minutos.....3ª semana 10 minutos.....hasta llegar a los 30 min.

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 adelante 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 flexión de extremidades superiores

Posición: de pie, pies ligeramente separados con ligera flexión de rodillas, brazos pegados al cuerpo. Espalda recta.

Realización: flexión de caderas y rodillas 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, pies 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 de repeticiones 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 de caderas y rodillas y con elevación de brazos hasta la altura de los hombros. Vuelta a la 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 la 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 pre-establecido 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 elevado para no forzar la flexión de rodillas.

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. Nos permite valorar el nivel de esfuerzo que realiza la persona desde su punto de vista y su evolución.

Esfuerzo		Dificultad para respirar		Cansancio/Dolor en las piernas	
6		0	Nada	0	Nada
7	Muy, muy suave	0,5	Empieza a notar	0,5	Empieza a notar
8		0	Muy poca	1	Muy poco
9	Muy poco	1	Poca	2	Poco
10		2	Moderada	3	Moderado
11	Poco	3	Algo más severa	4	Algo más severo
12		4	Severa	5	Severo
13	Algo duro	5		6	
14		6	Muy severa	7	Muy severo
15	Duro	7		8	
16		9		9	
17	Muy duro	10	Muy, muy severa	10	Muy, muy severo
18					
19	Muy, muy duro				
20		?	Insoportable	?	Insoportable

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

ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y FUNCIONAL

CUESTIONARIO OVIEDO DE CALIDAD DEL SUEÑO

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnio. Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Durante el último mes ...

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- 1) Muy insatisfecho
- 2) Bastante insatisfecho
- 3) Insatisfecho
- 4) Término medio
- 5) Satisfecho
- 6) Bastante satisfecho
- 7) Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

	Ninguno	1-2 días/sem	3 días/sem	4-5 días/sem	6-7 días/sem
1) Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2) Permanecer dormido	1	2	3	4	5
3) Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
4) Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
5) Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- 1) 0-15 minutos
- 2) 16-30 minutos
- 3) 31-45 minutos
- 4) 46-60 minutos
- 5) más de 60 minutos

Si se despertó Vd., piensa que normalmente se debe a... (Información clínica, no puntúa)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- 1) Ninguna vez
- 2) 1 vez
- 3) 2 veces
- 4) 3 veces
- 5) más de 3 veces

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

- 1) Se ha despertado como siempre
- 2) Media hora antes
- 3) 1 hora antes
- 4) Entre 1 y 2 horas antes
- 5) Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas cama). Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

- 1) 91-100%
- 2) 81-90%
- 3) 71-80%
- 4) 61-70%
- 5) 60% o menos

7. Cuantos días a la semana ha estado preocupado o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 días/sem.
- 3) 3 días/sem.
- 4) 4-5 días/sem.
- 5) 6-7 días/sem.

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 días/sem.
- 3) 3 días/sem.
- 4) 4-5 días/sem.
- 5) 6-7 días/sem.

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 días/sem.
- 3) 3 días/sem.
- 4) 4-5 días/sem.
- 5) 6-7 días/sem.

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...? (Información clínica, no puntúa)

	Ninguno	1-2 días/sem	3 días/sem	4-5 días/sem	6-7 días/sem
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- a) Ningún día b) 1-2 días/sem c) 3 días/sem d) 4-5 días/sem e) 6-7 días/sem

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORÍAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	
PUNTUACIÓN TOTAL		

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

CUESTIONARIO HADS¹

Lea cada pregunta y señale la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana.

1. Me siento tenso/a nervioso/a:

- 3 – Casi todo el día
- 2 – Gran parte del día
- 1 – De vez en cuando
- 0 – Nunca

2. Sigo disfrutando de las mismas cosas de siempre:

- 0 – Ciertamente, igual que antes
- 1 – No tanto como antes
- 2 – Solamente un poco
- 3 – Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3 – Sí y muy intenso
- 2 – Sí, pero no muy intenso
- 1 – Sí, pero no me preocupa
- 0 – No siendo nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0 – Igual que siempre
- 1 – Actualmente, algo menos
- 2 – Actualmente, mucho menos
- 3 – Actualmente, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 4 – Casi todo el día
- 3 – Gran parte del día
- 2 – De vez en cuando
- 1 – Nunca

6. Me siento alegre:

- 3 – Nunca
- 2 – Muy pocas veces

¹ Zigmong y Snaith, 1983, Quintana et al., 2003.

- 1 – En algunas ocasiones
- 0 – Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- 0 – Siempre
- 1 – A menudo
- 2 – Raras veces
- 3 – Nunca

8. Me siento lento/a y torpe:

- 3 – Gran parte del día
- 2 – A menudo
- 1 – A veces
- 0 – Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- 0 – Nunca
- 1 – Sólo en algunas ocasiones
- 2 – A menudo
- 3 – Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3 – Completamente
- 2 – No me cuido como debería hacerlo
- 1 – Es posible que no me cuido como debiera
- 0 – Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3 – Realmente mucho
- 2 – Bastante
- 1 – No mucho
- 0 – En absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

- 0 – Como siempre
- 1 – Algo menos que antes
- 2 – Mucho menos que antes
- 3 – En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia y temor:

- 3 – Muy a menudo
- 2 – Con cierta frecuencia
- 1 – Raramente
- 0 – Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0 – A menudo
- 1 – Algunas veces
- 2 – Pocas veces
- 3 – Casi nunca

PUNTUACIÓN:

ANSIEDAD: ÍTEMS 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. Cada opción puntúa de acuerdo con el valor del dígito que tiene al lado.

DEPRESIÓN: ÍTEMS 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Cada opción puntúa de acuerdo con el valor del dígito que tiene al lado.

A los pacientes se les presenta el cuestionario sin los dígitos correspondientes a cada opción.

PCS¹

Con este cuestionario queremos saber lo que usted piensa y siente cuando le duele. Le voy a leer trece frases que describen varios pensamientos y sentimientos que pueden asociarse al dolor. Cada vez que yo le lea una frase, dígame, por favor, el grado en que Vd. tiene esos pensamientos y sentimientos cuando le duele.

Nada	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

- 1. Estoy pensando todo el día si el dolor se me pasará.
- 2. Siento que ya no puedo más.
- 3. Es terrible. Creo que nunca me pondré mejor.
- 4. Esto es horrible y puede conmigo.
- 5. No puedo soportarlo más.
- 6. Me temo que el dolor irá a peor.
- 7. Siempre estoy pensando en cosas relacionadas con el dolor.
- 8. Deseo desesperadamente que se me pase el dolor.
- 9. Tengo la sensación de que no puedo sacar el dolor de mí mente.
- 10. Estoy todo el rato pensando en lo mucho que me duele.
- 11. Estoy siempre pensando en las ganas que tengo de que el dolor termine.
- 12. No puedo hacer nada para aliviar mi dolor.
- 13. Tengo la impresión de que algo malo puede suceder.

PUNTUACIÓN: suma simple del valor dado por el paciente a cada opción

INVENTARIO DE DETERIORO Y FUNCIONAMIENTO² (IDF)

Instrucciones: A continuación aparecen unos enunciados que describen algunas actividades que la gente puede hacer. Responda **si** o **no** según la pregunta se adecue a lo que ocurre normalmente en su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer las cosas que usted hace normalmente y con qué frecuencia. Piense en la última semana y dígame eso lo ha hecho usted y cuántas veces.

- 1. Sí 2. No**

¹ Sullivan, M.J.L. Bishop, S. y Pivik, B. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.

Tascón, M.M. y Esteve, R. (2005). The Pain Catastrophizing Scale (Spanish Version): Some validity evidences. Comunicación presentada al 8th European Conference on Psychological Assessment, Budapest.

² Ramírez-Maestre y Valdivia (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11. 283-291.

Durante la última semana, usted:			(Si contestó Si) cuántas veces?	Si contestó No ¿y antes del comienzo del dolor, lo hacía?
	Si	No		Si No
1. ¿Ha barrido el suelo de su casa?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
2. ¿Ha subido escaleras?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
3. ¿Ha fregado los platos?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
4. ¿Ha visitado a sus familiares? (mes)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
5. ¿Ha fregado el suelo?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
6. ¿Ha comido fuera de casa? (mes)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
7. ¿Ha limpiado el polvo?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
8. ¿Ha conducido el coche?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
9. ¿Ha puesto la lavadora?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
10. ¿Ha llamado por teléfono a algún familiar o amigo?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
11. ¿Ha hecho las camas?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
12. ¿Ha salido a pasear?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
13. ¿Ha limpiado el baño?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
14. ¿Ha planchado la ropa?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
15. ¿Ha tendido la ropa?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
16. ¿Ha visitado a sus amigos?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
17. ¿Ha ido a bares o cafeterías?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
18. ¿Ha cocinado?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
19. ¿Se ha vestido solo?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
20. ¿Ha salido a hacer la compra?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
21. ¿Se ha levantado o acostado en la cama sin ayuda?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
22. ¿Ha asistido a reuniones como pe. Asociación de vecinos? (mes)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
23. ¿Ha ido al parque o a la playa?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
24. ¿Se ha afeitado solo/se ha arreglado (maquillado) sola?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
25. ¿Ha hablado con algún vecino?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
26. ¿Ha realizado alguna afición fuera de casa como pe. Cantar en coros, ir a gimnasios, hacer yoga, ir a algún taller de trabajos manuales (pintar, esculpir, cocinar, etc.? (señalar cuál)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
27. ¿Ha comido sin ayuda?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
28. ¿Ha ido a la iglesia?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
29. ¿Ha cogido cosas de peso?	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2
30. ¿Ha ido al cine o al teatro? (mes)	1	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2

Dimensiones

Tareas del hogar (11 ítems): 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 18 y 20.

Funcionamiento autónomo (7 ítems): 2, 8, 19, 21, 24, 27 y 29.

Actividades sociales (6 ítems): 4, 10, 16, 22, 25, y 28.

Actividades de Ocio (6 ítems): 6, 12, 17, 23, 26, y 30.

PUNTUACIÓN:

Funcionamiento: suma simple de las elecciones de los pacientes en la columna segunda de frecuencia.

Deterioro: número total de elecciones del "Sí".

TÉCNICA DE INFILTRACIÓN ARTICULAR¹

Se define como la administración intraarticular y en tejidos blandos de fármacos, fundamentalmente esteroides, asociados o no a anestésicos locales, ácido hialurónico (viscosuplementación) y los isótopos radiactivos (sinovioertesis). En determinadas situaciones se puede dirigir la punción por ecógrafo.

Los aspectos fundamentales para conseguir eficacia son:

- El conocimiento de la técnica y las normas correctas de aplicación.
- Los fármacos utilizados, que es, donde reside el potencial terapéutico y su eficacia.
- Las indicaciones en que debe emplearse.

Los objetivos son:

- Aliviar o suprimir el dolor y la inflamación,
- Prevenir o recuperar la limitación funcional,
- Acelerar la evolución favorable del proceso,
- Evitar secuelas y alteraciones estructurales y
- Sustituir, disminuir, o eliminar la necesidad de tratamiento más agresivos con más efectos secundarios o contraindicados.

Las bases para la utilización de un tratamiento intra o periarticular radican en:

- Diagnóstico previo y preciso, que implique la indicación.
- Consentimiento informado escrito.
- Técnica selectiva: requiere una técnica de punción/infiltración específica para cada localización y estructura anatómica, articular o de tejidos blandos.
- Normas de aplicación: Debe ser realizado por personal entrenado, que debe tener conocimiento anatómico de las estructuras articulares a infiltrar. Hay que situar al paciente en posición cómoda y más adecuada a cada articulación, tranquilizándole si es preciso. Se debe seguir una rigurosa asepsia y tener siempre el material preparado. En las zonas muy dolorosas, anestesiarse previamente los planos superficiales o utilizar spray de cloroetilo. Atenerse a las indicaciones y contraindicaciones. Utilizar agujas y fármacos adecuados. Se debe introducir la aguja de manera suave, sin brusquedad, no realizando movimientos extemporáneos o multidireccionales sin necesidad, y si se está en cavidad articular, aspirar el líquido sinovial que pueda haber antes de inyectar el fármaco cerciorarse mediante aspiración de que no se está en vía vascular; tras la infiltración, hay que retirar la aguja

¹ J. Vidal Fuentes. Técnicas de infiltración articular. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 2004, 149-154.

con cuidado, y proteger con un apósito el punto de punción, recomendando el reposo de la articulación 24-48 horas a la infiltración.

El volumen a administrar no debe ser superior al que admite el tamaño de cada articulación: 0,5 en articulaciones pequeñas; 3 ml en articulaciones medianas: y 5-10 en articulaciones grandes.

El instrumental debe utilizarse siempre estéril, desechable, monouso y hay que cerciorándose de que no está caducado.

Los fármacos de aplicación fundamentalmente son corticoides y anestésicos locales.

- Corticoides, su utilización por vía intrarticular o en tejidos blandos precisa formulaciones retardadas o de depósito en forma de ésteres en suspensión cristalina, que les confiere una menor solubilidad y una mayor duración de efectos locales para conseguir la eficacia clínica. Las preparaciones más utilizadas son triamcinolona acetónido, betametasona acetato, parametasona acetato y metilprednisolona.
- Anestésicos locales, se pueden utilizar mezclados con los corticoides, se utilizan fundamentalmente mepivacaina al 2 % sin adrenalina

Las contraindicaciones son: ausencia de diagnóstico preciso, presencia o posibilidad de etiología infecciosa, trastornos de la coagulación (contraindicación relativa), infecciones cutáneas próximas a la infiltración, infecciones sistémicas o bacteriemia, infiltraciones repetidas sin beneficio e hipersensibilidad a los fármacos.

Los posible efectos secundarios son:

- Infección articular: con frecuencia inferior a 1/10.000 y suele aparecer después de 48 horas de la infiltración.
- Artropatía neuropática.
- Osteonecrosis.
- Atrofia de la piel y tejidos blandos, si hay extravasación del corticoide.
- Calcificaciones de hidroxapatita,
- Sinovitis reactiva con una frecuencia de 1-3 % apareciendo en las primeras 48 horas tras la infiltración.

Sincope vaso-vagal, ruptura tendinosa etc.

ESQUEMA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN GRUPAL^{1,2}

SESIÓN 1

- Explicación del funcionamiento de la intervención.
- Contrato por parte de los pacientes.
- La adaptación al dolor: variables psicológicas implicadas.
- El objetivo no es controlar el dolor, sino evitar que deteriore distintas áreas vitales: autonomía, familia, trabajo, ocio y relaciones sociales.

SESIÓN 2

- Creación de un marco motivacional para el cambio: aceptación vs. evitación. Las reacciones "naturales" al dolor agudo suelen ser perjudiciales cuando el dolor es crónico. Las consecuencias de los intentos de control del dolor a toda costa suelen ser muy negativas.
- Análisis de los intentos de control del dolor por parte de los pacientes.
- Áreas vitales que se pueden cambiar que no sean directamente el dolor.
- Transmitir la idea de que el cambio rápido puede ser "iatrogénico".
- Concepto de "trayectoria".

SESIÓN 3

- Marco motivacional. Repaso.
- Introducción del papel de la tensión muscular y la relajación.
- Práctica de la relajación.

SESIÓN 4

- Práctica de la relajación.
- El papel de la actividad. Consecuencias de la inactividad.
- Los ciclo de actividad y descanso. Explicación.
- Autoregistros en los que los pacientes anotan la actividad durante la semana.

¹ Esteve, R. y Ramírez, C. (2003). El desafío del dolor crónico. Málaga: Aljibe.

² Ramírez, C., Esteve, R. y López, A.E. (2004). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En J. Gil Roales-Nieto (Dir.). Psicología de la salud: historia, concepto y aplicaciones (pp.435-462). Madrid: Pirámide.

SESIÓN 5

- Práctica de la relajación.
- Análisis de los ciclo de cada paciente.
- Elaboración del ciclo adecuado a cada paciente.

SESIÓN 6

- Práctica de la relajación abreviada.
- Seguimiento y análisis de las dificultades en los ciclos de actividad y descanso.
- Plan de actividades a corto plazo. Graduación temporal de la metas.

SESIÓN 7

- Práctica de la relajación abreviada.
- Análisis de incidencias en los ciclos de actividad y descanso y el plan de actividades.
- La comunicación. Explicación de la funcionalidad de las conductas de dolor y su papel en el deterioro de las relaciones familiares.
- Los pacientes exponen situaciones problemáticas concretas relativas a la comunicación con otros.

SESIÓN 8

- Práctica de la relajación abreviada.
- Análisis de incidencias en los ciclos de actividad y descanso y el plan de actividades.
- Entrenamiento asertivo. Juego de papeles en el que se trabajan las situaciones problemáticas planteadas en la anterior sesión.
- Participación breve de los familiares en la terapia: importancia de respetar los ciclos de actividad y descanso. Refuerzo al afrontamiento activo de los pacientes y retirada de atención ante las conductas de dolor.

SESIÓN 9

- Análisis de incidencias en los ciclos de actividad y descanso y el plan de actividades y en la práctica diaria de la relajación.
- Entrenamiento asertivo.
- Los estados emocionales negativos (ira, ansiedad, tristeza) como respuesta no-patológica al dolor. Centrarse en el "hacer" como alternativa. Introducción de la solución de problemas.

SESIÓN 10

- Análisis de incidencias en los ciclos de actividad y descanso y el plan de actividades y en la práctica diaria de la relajación.

- Entrenamiento asertivo.
- Práctica de la técnica de solución de problemas. Los pacientes exponen situaciones problemáticas relacionadas con el dolor y partiendo de una descripción de las emociones que les suscitan, se trabajan en la solución de problemas.

SESIÓN 11

- Análisis de incidencias en los ciclos de actividad y descanso y el plan de actividades y en la práctica diaria de la relajación.
- Entrenamiento asertivo.
- Práctica de la técnica de solución de problemas. Los pacientes exponen situaciones problemáticas relacionadas con el dolor y partiendo de una descripción de las emociones que les suscitan, se trabajan en la solución de problemas.

SESIÓN 12

- Análisis de incidencias en los ciclos de actividad y descanso y el plan de actividades y en la práctica diaria de la relajación.
- Práctica de la técnica de solución de problemas. Los pacientes exponen situaciones problemáticas relacionadas con el dolor y partiendo de una descripción de las emociones que les suscitan, se trabajan en la solución de problemas.
- Elaboración de un plan de actividades a medio plazo.

SESIÓN 13

- Discusión del plan de actividades a medio plazo.
- Recopilación final y despedida.

ACUPUNTURA¹

La acupuntura es una intervención compleja que basa sus orígenes en la medicina tradicional china, coexistiendo en la actualidad diferentes tipos y escuelas de acupuntura tanto orientales (acupuntura china, japonesa, coreana), como occidentales, la acupuntura se realiza mediante la inserción de agujas sólidas, que miden de 1 a 10 cm, hechas de oro, plata, cobre, acero o una combinación de metales; deben insertarse en la piel no más de 8 cm de profundidad, la acupuntura abarca o se relaciona con una serie de procedimientos como:

- **Moxibustión:** Consiste en la utilización de una hierba, *Artemisia vulgaris* que se quema sobre el punto de acupuntura para generar calor local.
- **Electroacupuntura:** Con esta técnica se aplica una corriente eléctrica (en diferentes frecuencias) a la aguja, una vez que ésta ha sido introducida en la piel.
- **Acupuntura láser o laserpuntura:** Es aquella que utiliza un rayo de láser para estimular los puntos específicos de acupuntura. Otras técnicas consisten en utilizar agujas calientes en los sitios acupunturales bien calentándolas con láser o con moxibustión.
- **Vacuoterapia, terapia por vacío o ventosas:** Se produce un vacío sobre los puntos acupunturales y en algunas situaciones también se genera un sangrado a través de la piel.
- **Acupresión** es una técnica de la MTC basada en los mismos conceptos que la acupuntura. Consiste en hacer presión con las manos, codos, o con la ayuda de varios dispositivos sobre diferentes puntos de presión en la superficie del cuerpo humano (éstos pueden estar bastante distantes de los síntomas relacionados por lo que se llama el sistema de meridianos) para aliviar gracias a un mejor balance y circulación de Qi.
- **Auriculoterapia** es un método para tratar síntomas del cuerpo mediante la aplicación de agujas en el pabellón auricular.
- **Auriculopuntura eléctrica** es una variante de la auriculopuntura, que se realiza a través de un dispositivo que genera corriente continua en los puntos de la oreja donde están las agujas.
- **Estimulación intramuscular** y de puntos gatillo, es una técnica que consiste en la aplicación de agujas en las áreas sensibles.

Características de calidad

La acupuntura y técnicas relacionadas parecen relativamente seguras pero no están exentas de riesgos, se han descrito efectos adversos como transmisión de infecciones bacterianas y virales, reacciones vegetativas durante el tratamiento, y traumatismos en tejidos u órganos y

¹ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Eficacia y seguridad de la Acupuntura en el Dolor Crónico. Marzo 2005. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA>.

retrasos diagnósticos. Dichos efectos indeseables se relacionan con mala praxis, falta de formación o competencia profesional, no mantenimiento de normas rigurosas de limpieza, esterilización o no utilización de técnicas diagnósticas adecuadas, por lo que para asegurar la efectividad y seguridad de su aplicación se deben cumplir las siguientes características de calidad:

1. La acupuntura debe aplicarse de forma integrada con el diagnóstico y tratamiento convencional, evitando su uso como método de diagnóstico - tratamiento aislado sin el apoyo del diagnóstico y tratamiento convencional (la legislación vigente indica al menos la supervisión del diagnóstico y tratamiento por un médico acreditado).
2. Debe ser aplicada con la supervisión de profesionales con formación universitaria sanitaria convencional o por estos mismos profesionales para garantizar que se eviten retrasos diagnósticos y la no aplicación de tratamientos convencionales indicados y compatibles (definido por el Real Decreto 1177/2003, 10 Oct en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo establece bases de la utilización de las terapias no convencionales).
3. Debe ser aplicada por profesionales con suficiente formación y experiencia contrastadas (cursos homologados con una duración y contenidos teórico- prácticos definidos a nivel nacional o regional en relación a la acupuntura y a la medicina convencional) para evitar los riesgos de lesión de órganos y tejidos corporales que esta técnica puede presentar, la omisión o retraso de diagnósticos y tratamientos convencionales y para garantizar la efectividad de su aplicación.
4. Para la punción de la piel y tejidos subyacentes debe utilizarse material desechable debidamente esterilizado y homologado para evitar riesgos de transmisión de infecciones, para la aplicación de técnicas relacionadas con la acupuntura se deben seguir las normas de buena praxis propias de estos procedimientos.
5. Aplicación rutinaria solo de aquellas técnicas que tienen suficientemente demostradas su efectividad y seguridad para un problema determinado, en los casos de posible indicación en problemas en los que su efectividad o seguridad no está suficientemente demostrada por los estudios científicos, solo se debe aplicar en condiciones de una evaluación de resultados rigurosa o en estudios de investigación. Es recomendable que los servicios en los que se aplique la acupuntura combinen la práctica clínica rutinaria con la investigación clínica en este campo, y se garantice que si tras un periodo de prueba no superior a seis meses no se consigue una mejoría de los síntomas del paciente se ofrezca otra alternativa de tratamiento y se evite la persistencia de tratamientos ineficaces.

Indicaciones²

- **Intervenciones beneficiosas** o de eficacia demostrada por una evidencia clara procedente de revisiones sistemáticas y/o ensayos clínicos de razonable calidad y consistencia.

² Las indicaciones de uso de la acupuntura pueden variar según la fecha de aparición de diferentes informes de evaluación ya que en los últimos años van apareciendo más estudios y de mejor calidad que los previamente existentes, aclarando dudas sobre el valor de algunas de estas técnicas en ciertas patologías, estas indicaciones se basan en el informe de AETSA y en otros informes de agencias de evaluación y revisiones sistemáticas que se referencian en la bibliografía del proceso.

- La acupuntura, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a corto plazo en la osteoartritis de rodilla, en comparación con la acupuntura simulada o el permanecer en lista de espera.

- **Intervenciones potencialmente beneficiosas** o de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada.

- La electroacupuntura, comparada con la electroacupuntura simulada, para el tratamiento a corto plazo del dolor en la fibromialgia.
- La electroacupuntura más diclofenaco comparada con acupuntura simulada más diclofenaco, para el tratamiento a corto plazo del dolor de hombro.
- La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada y con el control médico habitual, para el alivio del dolor en la dismenorrea primaria.
- La acupuntura, comparada con ningún tratamiento, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.

Este informe no incluye la lumbalgia puesto que será realizado un informe específico sobre la acupuntura en esta patología.

Otras indicaciones

- **Indicaciones en las que la acupuntura aporta beneficio** apoyado en evidencias concluyentes:

- Dolor facial y dental postoperatorio.

- **Indicaciones en las que la acupuntura aporta un beneficio potencial** pero con evidencias aun no concluyentes:

- Dolor crónico, en general.
- Dolor lumbar crónico inespecífico.
- Fibromialgia.
- Migraña y cefaleas de tensión.
- Artrosis, en general.
- Cervicalgia y cervicobraquialgia.

INSTRUMENTOS RECOMENDADOS PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUALIZADA Y DELIMITACIONES DE POSIBLE PSICOPATOLOGÍA

- **Anamnesis:** Antecedentes de problemas psicológicos (tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos, historia de abusos sexuales o físicos, abuso de sustancias tóxicas). Se prestará especial atención a los aspectos laborales, recogiendo información referida a indemnizaciones o pensiones por baja médica.
- **Estrategias de afrontamiento al dolor:** Inventario Vanderbilt de afrontamiento al dolor de Brown y Nicassio, 1987 adaptada por Esteve, Ramírez y López, 2004. (1)¹
- **Factores sociales (apoyo social y relaciones familiares).** Cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk de Broadhead et al. (1988). Se utilizará la versión adaptada a población española de Revilla et al. (1991)²
- **Análisis funcional.**
- **Trastornos de personalidad:** Inventario Clínico Multiaxial de Millon.
- **Trastornos psicopatológicos de acuerdo con el CIE-10.**

¹ Esteve-Zarazaga, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A.E. (2004). Índices generales vs. específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*, 16, 421-428.

² Revilla et al. (1991). Cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk. En X. Badiá, M. Salamero, J. Alonso y A. Ollé: *La medida de la salud*. Barcelona: PPU.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA TÉCNICAS INVASIVAS EN DOLOR CRÓNICO¹

En los últimos años se ha venido desarrollando un creciente interés en torno a la detección de las características psicosociales de pacientes con dolor crónico no oncológico cuyo tratamiento médico -en general- y quirúrgico -en particular- tienen peor pronóstico. Con esta finalidad se ha diseñado un protocolo dirigido a detectar factores de riesgo asociados con resultados quirúrgicos insatisfactorios, al objeto de tomar decisiones relacionadas con el pronóstico de las intervenciones quirúrgicas que pudieran llevarse a cabo. Este protocolo, cuya propuesta original viene de la mano de Block (1992, 1996, 1999), se denomina "Presurgical Psychological Screening" (PPS) -Exploración Psicológica Prequirúrgica-. Su objetivo es doble: de un lado, 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; de otro, el establecimiento de los planes de tratamiento médico-quirúrgicos más convenientes en cada caso.

Factores de riesgo.

1. Médicos

- Grado de claridad con el que se puede identificar la condición patofisiológica que subyace al dolor.
- No está clara la relación entre la patofisiología identificada y el dolor.
- La intervención quirúrgica ha mostrado una eficacia baja en el alivio del dolor.
- Elevada probabilidad de iatrogenia.
- El periodo de recuperación de la intervención es superior a 2 meses.
- El paciente lleva experimentando dolor más de un año.
- El paciente ha recibido tratamiento por múltiples enfermedades.
- El paciente ha sido sometido previamente a otras intervenciones quirúrgicas para intentar aliviar el dolor.

Se considera que el paciente está en una situación de "alto riesgo médico" si concurren cuatro o más de las anteriores situaciones.

¹ (Block, 1996) lock, A. R. (1996). Presurgical Psychological Screening in Chronic Pain Syndromes. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

2. Psicológicos

- Existen incentivos financieros o comportamentales para la recuperación: el paciente está pendiente de la concesión de invalidez o inmerso en un proceso judicial relacionado con el dolor. Insatisfacción laboral. La familia refuerza la discapacidad.
- La situación psicosocial del paciente se caracteriza por la tensión: malas relaciones con la pareja; divorcio reciente; aislamiento social; numerosos problemas con la familia y las amistades.
- El paciente tiene una historia previa de alteraciones psicológicas.
- El paciente ha sido víctima de abusos o abandono.
- Inconsistencia entre las muestras externas de dolor del paciente y la intensidad del dolor de la que informa.
- El paciente abusa del alcohol u otras drogas.
- Tendencia a la somatización: Elevadas puntuaciones en las escalas Hs y Hy del MMPI.
- Elevadas puntuaciones en catastrofismo y en afrontamiento pasivo (PCS y VPMI).

Se considera que el paciente está en una situación de "alto riesgo psicológico" si concurren cuatro o más de las anteriores situaciones.

Se propone la siguiente figura para determinar el pronóstico:

Factores de riesgos psicológicos

		Bajo	Alto
Factores de riesgos médicos	Bajo	Bueno	Regular
	Alto	Regular	Malo

TÉCNICAS INVASIVAS^{1, 2}

Características de calidad de los bloqueos nerviosos.

El insuficiente conocimiento de muchas de las técnicas encaminadas a mitigar el dolor que tiene la población susceptible de serles aplicadas genera inseguridad y desconfianza, estos sentimientos no pueden ser contrarrestados por los médicos si estos no están adecuadamente informados sobre sus indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, eficacia, etc.

Podemos clasificar dichas técnicas en:

1) Bloqueos o técnicas que deprimen la actividad del sistema nervioso: se utilizan anestésicos locales o técnicas neuroablativas, como la radiofrecuencia o la neurolisis química. Las técnicas más frecuentemente utilizadas son:

- Administración de fármacos intratecales en bolos o en perfusión continua mediante catéteres externos o sistemas totalmente implantados.
- Infiltraciones y bloqueos epidurales: cervicales, dorsales, lumbares y caudales. Bolos simples o perfusión continua, con o sin reservorio.
- Técnica consistente en la administración de fármacos, generalmente anestésicos locales y corticoides, en el espacio epidural, mediante inyección única o perfusión continua a través de un catéter conectado o no a un reservorio.
 - La localización del espacio epidural se realiza mediante la técnica de pérdida de resistencia o la gota pendiente, sirviéndonos de la presión negativa existente en este espacio.
 - Indicada en: lumbalgias graves y rebeldes a otros tratamientos y, sobre todo, en las cervicalgias y lumbalgias irradiadas. en menor medida se utiliza ante el dolor de origen discal.
 - Las contraindicaciones más frecuentes son las alteraciones de la coagulación, infección local o sistémica, alergias a los fármacos a administrar e incapacidad del paciente para el cuidado del sistema implantado, en el caso de perfusiones continuas.
 - La complicación más frecuente es la cefalea postpunción dural (1%) por técnica inadecuada. Son complicaciones rarísimas el hematoma epidural y la formación de abscesos.
- Bloqueos radiculares foraminales:
 - Consiste en la administración de anestésicos locales y corticoides en la propia raíz nerviosa sensitiva tras su salida del agujero de conjunción, buscando un bloqueo selectivo de la raíz afectada.

¹ Manual de Neuroestimulación. Rev Soc Esp Dolor 2003;10:suplemento I

² Boswell MV, Shah R, Everett C, Sehgal N, McKenzie-Brown AM, Abd S. Interventional techniques in the management of chronic spinal pain: evidence-based practice guidelines. Pain Physician 2005;8:1-47.

- Las contraindicaciones son similares a las del bloqueo epidural.
- Indicados en los cuadros de dolor producidos por la compresión de una raíz nerviosa.
- Bloqueos facetarios:
 - Consiste en el bloqueo de las terminaciones nerviosas que inervan las articulaciones posteriores intervertebrales. Se realizan con anestésicos locales más corticoides o mediante radiofrecuencia.
 - Indicados en las lumbalgias crónicas por degeneración de estas articulaciones, tras la falta de respuesta a técnicas no invasivas.
 - Las complicaciones más frecuentes son el dolor en la zona de punción durante una o dos semanas. La lesión grave es muy infrecuente.
- Bloqueo del plexo braquial, vía axilar o interescalénica:
 - Se introduce un catéter por el hueco axilar o por el espacio interescalénico, en la vaina que rodea el plexo. El catéter se tuneliza subcutáneamente para abocarlo al exterior o conectarlo con un reservorio.
 - Está indicado en el tratamiento de dolores rebeldes de los miembros superiores.
 - La complicación más frecuente es la infección.
- Bloqueos del sistema nervioso simpático:
 - Bloqueo del ganglio estrellado: con anestésicos locales o radiofrecuencia. Indicado en el tratamiento de dolor mantenido por el simpático de cabeza y de miembro superior.
 - Un efecto secundario frecuente es el Síndrome de Horner de corta duración. La inyección en la arteria vertebral o en el canal raquídeo de anestésicos locales son complicaciones rarisimas.
 - Bloqueos de los plexos lumbares, celiaco, hipogástrico o ganglio de Walter, mediante anestésicos locales, radiofrecuencia o destrucción química. Indicados en dolores mantenidos por el simpático en miembros inferiores y cavidad abdominal y en tratamiento de dolores como el ocasionado por el cáncer de páncreas.
 - Bloqueo regional intravenoso con guanetidina: consiste en la introducción en el sistema venoso de un miembro, conteniendolo con un torniquete, de una mezcla de anestésicos locales y de guanetidina (bloqueante adrenérgico).
- Bloqueos de nervios periféricos. Con anestésicos locales o radiofrecuencia:
 - Bloqueo facetario (ramo posterior): anestésicos locales, radiofrecuencia.
 - Bloqueo del nervio supraescapular con anestésicos locales o radiofrecuencia pulsada.
 - Bloqueo del nervio de Arnold con anestésicos locales o radiofrecuencia pulsada.
 - Bloqueos de otros nervios periféricos: intercostales, femorocutáneo, mediano, ramas del trigémino, ileoinguinales, etc.
 - Complicaciones: lesión nerviosa, infección o el sangrado.

2) Bloqueo de los puntos trigger: con anestésicos locales o toxina botulínica. En síndromes de dolor miofascial: piriforme, cuadrado lumbar, trapecio, psoas-iliaco, etc.

3) Modulación/estimulación antiálgica: basadas en la teoría de la puerta de entrada formulada por Melzack y Wall y el bloqueo de la transmisión nociceptiva mediante otro estímulo.

- TENS o estimulación transepidérmica. Basada en la aplicación local de impulsos eléctricos originados por un generador y transmitidos a la superficie mediante unos electrodos.

- Neuroestimulación eléctrica de cordones medulares posteriores: cervicales, dorsales y lumbares

4) Infiltración/iontoforesis en vainas tendinosas y bolsas serosas:

- Bicipital, supraespinoso, epicondilitis, bursitis peritrocanterea. La complicación más temible es la infección.

5) Infiltraciones articulares:

- Rodilla, caderas, sacroiliacas, primera metacarpo-falángica.

6) Implante de sistemas de infusión internos programables o de flujo continuo en el espacio intratecal.

- Para la administración de fármacos en el espacio intratecal, los más utilizados son; morfina, clonidina anestésicos locales (bupivacaina y ropivacaina) y ziconotide.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Agence Francaise de sécurité sanitaire des produit de santé. Thesaurus des interactions medicamenteuses nº 2, Abril 2005.Disponible en: www.sefh.es.
2. Aliaga L, Camba A, Carceller J, González-Escalada JR, Marín M, Muriel C y Rodríguez MJ. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de la SED para la utilización de opiáceos mayores en el dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7:253-254.
3. Breivik, H; Suvey f chronic pain in Europe:*Eur Journal of pain*, 2006 ; 10: 287-333.
4. Comeche, M.I. y Lasa, A. (2001). Aspectos cognitivos de la percepción del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2, 262-269.
5. Díaz NI, Vallejo Ma, Comeche MI. (2003). Tratamientos psicológicos eficaces en dolor crónico. En M. Perez JR Fernández e I. Amigo. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*, Madrid. Pirámide.
6. Díaz, M.A. y Díaz, M.I. (2001). Aspectos comportamentales del dolor crónico. *Actualizaciones en Dolor*, 2, 270-278.
7. Díaz, M.I. (2002). Conceptualización y evaluación del dolor desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Actualizaciones en Dolor*, 2, 231-240.
8. Ernst E, Piltner M, Stevinson C, White A. *The desktop guide to Complementary and Alternative Medicine: an evidence-based approach*. London: Mosby; 2001.
9. Esteve, R. y Ramírez, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Málaga: Aljibe.
10. Esteve, R., Ramírez, C. y López, A.E. (2001). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2, 252-261.
11. Farrar JT, Young JP, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2001;94:149-158.
12. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. *Pain*. 2005 c 5;118(3):289-305.
13. Jonson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de los resultados de enfermería (N:O:C)*. 3ª Edición. Madrid: Elsevier ediciones Harcourt-Mosby, 2004.
14. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice.[see comment]. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(5):374-383.

15. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión y guía práctica. Segunda edición. Masson, 2002.
16. McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (N.I.C). 4ª edición. Madrid: Elsevier ediciones Harcourt-Mosby. 2004.
17. Miró, J. (2003). Evaluación de los pacientes con dolor crónico. En J. Miró: Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: DDB.
18. Miró, J. (2003). Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos. En T.Gutiérrez, R.M. Raich; D.Sánchez y J. Deus: Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Madrid: Alianza.
19. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. 2003-2004. Madrid: Elsevier ediciones Harcourt-Mosby, 2004.
20. National Institutes of Health. Acupuncture. NIH Consensus Statement Online 1997 (3-5 November);15(5):1-34.URL: http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/107/107_statement.htm
21. Penzo, W. (1989). El dolor crónico. Barcelona: Martínez Roca.
22. Philips, H.C. (1988). El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide.
23. R.H. Dworkin, An overview of neuropathic pain: syndromes, symptoms, signs, and several mechanisms. Clin J Pain, 2002; 18: 343-9.
24. Ramírez, C., Esteve, R. y López, A.E. (2004). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En J. Gil Roales-Nieto (Dir.). Psicología de la salud: historia, concepto y aplicaciones (pp.435-462). Madrid: Pirámide.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. Mc Quay HJ, Tramér M, Nye BA. Pain 1996;68:217-227.
2. Abrams BM. Historia clínica del paciente con dolor. En Prithvi Raj P. Tratamiento Práctico del Dolor.3ª edición. Harcourt. Madrid 2002: 349-55.
3. AETSA-EASP. Informe sobre la Situación actual de las TNC en Andalucía. Diciembre 2005. Disponible en <http://www.juntadeandalucia/salud/orgdep/AETSA>.
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Eficacia y seguridad de la Acupuntura en el Dolor Crónico. Marzo 2005. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA>.
5. Agency for Healthcare Research & Quality. Acupuncture for osteoarthritis. Available from: <http://cms.hhs.gov/coverage/download/id84.pdf>. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research & Quality; 2003.
6. Aker PD, Gross AR, Goldmith ChH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta.analysis. BMJ 1996; 313:1291-1296.

7. Albright J, Allman R, Bonfiglio R et al, Philadelphia Panel Evidence- Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Neck Pain. *Physical Therapy*, 81, 10: 1701-1717. 2001
8. Aliaga L, Baños JE, Barutell C. Dolor y utilización clínica de los analgésicos. Barcelona, ed. MCR. 1996.
9. Antiepileptic drugs guideline for chronic pain. Washington State Department of Labor and Industries. Antiepileptic drugs guideline for chronic pain. *Provider Bull* 2005 Aug;(PB 05-10):1-3.
10. Backonja MM. Defining neuropathic pain. *Anesth Analg* 2003;97:785-790.
11. Baños JE. Nuevas perspectivas en el empleo de los fármacos opioides en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp dolor* 2003; 10: 168-180.
12. Bennet M. The LANSS Pain Scale: the leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001;92:147-157.
13. Bennnett GJ. Opioids and Painful Peripheral Neuropathy. En: Kalso E, McQuay HJ, Wiesenfeld-Hallin Z (Eds). *Opioid Sensitivity of Chronic Noncancer Pain. Progress in pain research and management. Vol 14. IASP Press. Seattle 1999:*
14. Block, A. R. (1996). *Presurgical Psychological Screening in Chronic Pain Syndromes.* New Jersey: Lawrence Erlbaum.
15. Bohme K. Buprenorphine in a trasdermal therapeutic system-a new option. *Clin Rheumatol* 2002; 21 (supl 1): 12-16.
16. Bolten WW. Problem of the atherothrombotic potential of non steroidal antiinflammatory. *Annals of Rheumatism.* 2006. 65(1):7-13.
17. Boswell MV, Shah RV, Everett CR, Sehgal N, Mckenzie-Brown AM, Abdi S, Bowman RC, Deer TR, Datta S, Colson JD, Spillane WF, Smith HS, Lucas LF, Burton AW, Chopra P, Staats PS, Wasserman RA, Manchikanti L. Interventional techniques in the management of chronic spinal pain: evidence-based practice guidelines. *Pain Phys* 2005;8(1):1-47.
18. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29-36.
19. Boureau F, Legallicier P, Kabir-Ahmadi M. Tramadol in post-herpetic neuralgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 2003;104:323-331.
20. Breivik H. Appropriate and responsible use of strong opioids in chronic non-cancer pain. *Eur J Pain* 2003;7:379-380.
21. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher.. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(2006) 287-333.
22. C.J. Woolf and R.J. Mannion, Neuropathic pain aethiology, symptoms, mechanisms and management. *Lancet*, 1999; 353: 1959-64.

23. Carlsson J et al: Evidence-based physiotherapy for patients with neck pain. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 1999.
24. Carroll D, Moore RA, McQuay HJ, Fairman F, Tramèr M, Leijon G. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 2.
25. Chapman C.R., Syrjala K.L. Measurement of pain. En Loeser J.D., Butler S.H., Chapman C.R., Turk D.C. (Eds.) *Bonica's management of pain*. 3ª edición. London: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001: 310-328.
26. Cheshire WP, Abashian SW, Mann JD. Botulinum toxin in the treatment of myofascial pain syndrome. *Pain* 1994; 59 (1): 65-69.
27. Cochrane Musculoskeletal Injuries Group. Summary of evidence from Cochrane Reviews on osteoarthritis. Available from: <http://healthsci.otago.ac.nz/dsm/cmsig/pdf/Osteoarthritis.pdf>: Cochrane Collaboration Musculoskeletal Injuries Collaborative Review Group; Undated.
28. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Evidence-based recommendations form medical management of chronic non-malignant pain. 2000. <http://www.cpso.on.ca/Publications/pain.htm>
29. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ, Wiffen P. Antidepressants and anticonvulsants for diabetic neuropathy and post-herpetic neuralgia: a quantitative systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:449-458.
30. Controlled-release oxycodone relieves neuropathic pain: a randomized controlled trial in painful diabetic neuropathy. Watson CP, Moulin D, Watt-Watson J. *Pain* 2003;105:71-78.
31. Daut R.L., Cleeland Ch.S., Flanery R.C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and other Diseases. *Pain* 1983; 17: 197-210.
32. Delleminj PL, Van Duijn H, Vanneste JA. Prolonged treatment with transdermal fentanyl in neuropathic pain. *J Pain Symptom Manage* 1988;16:220-229.
33. Delleminj PL, Vanneste JA. Randomised double-blind active-placebo-controlled crossover trial of intravenous fentanyl in neuropathic pain. *Lancet* 1997;349:753-758.
34. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H. Practice parameter: treatment of post-herpetic neuralgia. An evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2004;63:959-965.
35. Efficacy of lidocaine patch 5% in the treatment of focal peripheral neuropathic pain syndromes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Meier T, Wasner G, Faust M, *Pain* 2003;16:151-158.
36. Ernst E, White AR. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *American Journal of Medicine*. 2001;110(6):481-485.
37. Esteve-Zarazaga, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A.E. (2004). Índices generales vs. específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*, 16, 421-428.

38. Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, et al. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000 Jun;86:217–25.
39. Ezzo J, Hadhazy V, Birch S, Lao L, Kaplan G, Hochberg M, et al. Acupuncture for osteoarthritis of the knee: A systematic review. *Arthritis & Rheumatism* 2001;44(4):819-825.
40. F. Boureau, J.F. Doubrere and M. Luu, Study of verbal description in neuropathic pain. *Pain* 1990; 42: 145–152.
41. Fishman SM, Bandman TB, Edwards A, Borsook D. The opioid contract in the management of chronic pain. *J Pain Symptom Manage* 1999;18:27-37.
42. French, S. (2003) Multidisciplinary care for chronic low back pain. (The Centre for Clinical Effectiveness), Available: <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce>.
43. Freund BJ, Schwartz M. Treatment of chronic cervical-associated headache with botulinum toxin: A pilot study. *Headache* 2000; 40: 231-236.
44. Gálvez R, Rejas J, Pérez M, Gómez M. Prevalência del dolor neuropático em Espana: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales. *Méd Clin* 2005;125:221-229.
45. Gil de Bernabé MA. Dosis equivalentes orientativas de los opioides por diferentes vías. En E.Cátala, L.Aliaga (eds). *Manual de Tratamiento del Dolor*. Barcelona. Publicaciones Permanyer 2003. pp 469-471.
46. González-Barón S, Rodríguez MJ. El dolor I: Fisiopatología, tipos, sistemas de medición. En: González-Barón M. *Tratado de Medicina Paliativa*. Eds: Panamericana 1996:437-456.
47. Gracia, M. de (1998). Protocolo de evaluación psicológica de la Fibromialgia. Departament de Psicologia. Universitat de Girona.
48. Gross AR, Hoving JL, Haines TA, et al. Movilización activa y pasiva para trastornos mecánicos del cuello. *Cochrane Library plus en español*. Marzo 2005.
49. Guía de Interacciones farmacológicas 2003 SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria). Disponible en: www.sefh.es.
50. Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WMJ* 2004;103(3):13-42. (Wisconsin Medical Society).
51. Henderson H. Acupuncture: evidence for its use in chronic low back pain. *British Journal of Nursing*, 2002;11(21):1395-403.
52. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Escuelas de espalda para el dolor lumbar inespecifico. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
53. Hobson DE, Gladish DF. Botulinum toxin injection for cervicogenic headache. *Headache* 1997; 37: 253-255.
54. Hurwitz.E.L. Manipulation and mobilization of the cervical spine: a systematic review of the literature. *Spine* 1996.21:1746-1760.

55. Huskisson EC. Visual Analogue Scales. En Melzack R Pain. Measurement and Assessment Raven Press. New York 1983: 33-7.
56. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 Nov. www.icsi.org
57. Institute for Clinical Systems Improvement. Acupuncture for chronic osteoarthritis pain, headache and low back pain. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2000. <http://www.icsi.org/index.asp>
58. Jadad AR, Carroll D, Glynn CJ, Moore RA, McQuay HJ. Morphine responsiveness of chronic pain: double-blind randomised crossover study with patient-controlled analgesia. *Lancet* 1992;339:1367-1371.
59. Jensen, M.P.; Turner, P.; Romano, J.M. y Fisher, L.D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83, 157-162.
60. Kalso E, Edwards J E, Moore R A, McQuay H J. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*, 2004;112(3):372-380.
61. Lahuerta J., Smith B.A., Martinez-Lage J.L. An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish Language. *Schmerz* 1982; 3:132-134.
62. Liddle S D, Baxter G D, Gracey J H. Exercise and chronic low back pain: what works?. *Pain*, 2004;107(1-2):176-190.
63. Loeser J D. Concepts of pain. En Stanton-Hicks M, Boas R, eds. *Chronic low back pain*. New York. Raven Press 1982: 145-8.
64. M. Backonja, A. Beydoun, K.R. Edwards, S.L. Schwartz, V. Fonseca, M. Hes, L. LaMoreaux and E. Garofalo, Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998; 280: 1831–36.
65. M. Rowbotham, N. Harden, B. Stacey, P. Bernstein and L. Magnus-Miller, Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998; 280: 1837–42.
66. Melzack R. *Pain. Measurement and Assessment*. Raven Press. New York 1983.
67. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. *Pain* 1975,1, 227-299.
68. Melzack R., Wall P. Pain mechanism. A new Theory. *Science* 1965; 150: 971-979.
69. Milne S., Welch V., Brosseau L., Saginur M., Shea B., Tugwel P., Wells G. Estimulación eléctrica transcutánea del nervio para el dolor lumbar crónico. En: *Cochrane Library Plus*, julio de 2001. Oxford: Update Software.
70. Minor MA, Sherry DD, Vallerand AH, Vasudevan S. *Pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and juvenile chronic arthritis*. 2nd ed. Glenview (IL):American Pain Society (APS); 2002. 179 p. (Clinical practice guideline; no. 2).

71. Miranda A. Valoración del dolor. En Miranda A. Dolor Postoperatorio. Ed JIMS. Barcelona 1992: 27-56.
72. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Acupuncture. Effective Health Care 2001;7(2):1-12. Available from: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc72.htm>.
73. NHS Quality Improvement Scotland. Management of chronic pain in adults. Best Practice Statement 2006. Available: www.nhshealthquality.org
74. Oduneye F. Spinal manipulation for chronic neck pain. London: Bazian Ltd (Editors), Wessex Institute for Health Research and Development, University of Southampton, 2004:10.
75. Oduneye F. Spinal manipulation for chronic neck pain. London: Bazian Ltd (editors), Wessex. Institute for Health Research and Development, University of Southampton, 2004:10.
76. Ospina M, Harstall C. Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews, Christa. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. HTA 30: Series A. 2003.
77. P. Hansson, Neuropathic pain: clinical characteristics and diagnostic workup. Eur J Pain, 2002; 6: 47-50.
78. Pallarés Delgado de Molina J, Seijo Fernandez F, Canós Verdecho M^a A, Camba Rodríguez MA. Historia Clínica. Métodos de exploración, evaluación y diagnóstico en terapéutica del dolor. En Torres LM. Medicina del Dolor. Masson S.A. Barcelona 1997: 545-55.
79. Peloso P, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Aker P, Cervical Overview Group. Tratamientos medicinales e inyectables para los trastornos mecánicos del cuello (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
80. Philips, H.C. (1988). El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide.
81. Porta M. A comparative trial of botulinum toxin type A and methylprednisolone for the treatment of myofascial pain syndrome and pain from chronic muscle spam. Pain 2000; 85 (1-2): 101-105
82. Prodigy Guidance- Neck pain. <http://www.prodigy>
83. Puig MM, Barrera E, Pol O. Mecanismo de acción de los opioides. En L.Aliaga, E.Cátala (eds). Opioides. Utilización clínica. Madrid. You & Us, S.A. 2001. pp1-10.
84. Quintana, J.M.; Padierma, A.; Esteban, C.; Arostegui, I.; Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish versión of the Hospital Anxiety and Depresión Scale. Acta Psychoatrica Scadinavica, 107, 216-221.
85. R.H. Dworkin, M. Backonja, M.C. Rowbotham, R.R. Allen, C.R. Argoff, G.J. Bennett, M.C. Bushnell, J.T. Farrar, B.S. Galer, J.A. Haythornthwaite, D.J. Hewitt, J.D. Loeser, M.B. Max, M. Saltarelli, K.E. Schmader, C. Stein, D. Thompson, D.C. Turk, M.S. Wallace, L.R. Watkins

- and S.M. Weinstein, *Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations*. Arch Neurol, 2003; 60: 1524–34.
86. Ramírez, C. y Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.
 87. Revilla et al. (1991). Cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk. En X. Badiá, M. Salamero, J. Alonso y A. Ollé: *La medida de la salud*. Barcelona: PPU.
 88. Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ*, 2005;330:1239-1243.
 89. Rodríguez MJ, García A, Rejas J. Costs and health resources comparison of neuropathic pain (NeP) management patterns in Spain: the pain unit model vs a composite of primary care and other specialized care model. 11th World Congress on Pain. August 21-26, Sydney (Australia) 2005;S220.
 90. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P. Gabapentin for the treatment of post-herpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 1998;280:1837-1842.
 91. S.J. Krause and M. Backonja, Development of a neuropathic pain questionnaire. *Clin J Pain*, 2003; 19: 306–314.
 92. Samson D. Percutaneous intradiscal radiofrequency thermocoagulation for chronic discogenic low back pain. Chicago, IL, USA: Blue Cross and Blue Shield Association, Technology Evaluation Center, (TEC Assessment Program; 18(19)), 2004: 25.
 93. Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guideline for interdisciplinary rehabilitation of chronic non-malignant pain syndrome patients. Chattanooga (TN): Siskin Hospital for Physical Rehabilitation; 2005.
 94. Schulte-Mattler WJ, Wieser T, Zierz S. Treatment of tension-type headache with botulinum toxin: a pilot study. *Eur J Res* 1999; 26: 183-186
 95. Scott A, Guo B. Trigger point injections for chronic non-malignant musculoskeletal pain. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2005:85.
 96. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain* 1976;2: 175-84.
 97. Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A et al. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9: 94-108.
 98. Simon LS, Lipman AG, Jacox AK, Caudill-Slosberg M, Gill LH, Keefe FJ, Kerr KL,
 99. Simpson BJ, et al. Implantable Spinal Infusion devices for Chronic Pain and Spasticity: An Accelerated Systematic Review. ASERNIP-S Report No. 42. Adelaide, South Australia: ASERNIP-S, May 2003.
 100. Sindrup SH, Andersen G, Madsen C, et al. Tramadol relieves pain and allodynia in polyneuropathy: a randomised, double-blind, controlled trial. *Pain* 1999; 83: 85-90.

101. Smith L A, Oldman A D, McQuay H J, Moore R A. Teasing apart quality and validity in systematic reviews: an example from acupuncture trials in chronic neck and back pain. *Pain*, 2000;86(1-2):119-132.
102. Staal JB, Hlobil H, Van Tulder MW, Köke AJA, Smid T, Van Mechelen W. Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sport Med* 2002;32: 251-67.
103. Strauss A J. Acupuncture and the treatment of chronic low-back pain: a review of the literature. *Chiropractic Journal of Australia*, 1999;29(3):112-118.
104. Stute P, Soukup J, Mencil M, et al. Analysis and treatment of different types of neuropathic cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2003 Dec;26:1140-1147.
105. T.S. Jensen, H. Gottrup, S.H. Sindrup and F.W. Bach, The clinical picture of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol*, 2001; 429: 1–11.
106. Tascón, M.M. y Esteve, R. (2005). The Pain Catastrophizing Scale (Spanish Version): Some validity evidences. Comunicación presentada al 8th European Conference on Psychological Assessment, Budapest.
107. Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, Fitter M, Roman M, Walters S and Nicholl JP. Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. *Health Technology Assessment* 2005; Vol. 9: No. 32.
108. Torrubia R, Baños JE. Evaluación clínica del dolor. En Aliaga L, Baños JE de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A ed. *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. 2ª ed. Barcelona. P Permanyer SL. 2002: 49-55.
109. Tulder MW van, Touray T, Burlan AD, Soleay S, Bouter LM. Miorrelajantes para el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. En: *La Cochrane Library plus en español*. 2002. Oxford: Update Software.
110. Van Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain. *The Cochrane Database of systematic Reviews*. Cochrane Library. Issue 1, 2003.
111. Veterans Health Administration, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of opioid therapy for chronic pain. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense; 2003 Mar.
112. Waldman H J. Potenciales evocados. En Prithvi Raj P. *Tratamiento Práctico del Dolor*. 3ª edición. Harcourt. Madrid 2002: 395-407.
113. Wheeler AH, Goolkasian P, Gretz SS. A randomized, double-blind, prospective pilot study of botulinum toxin injection for refractory, unilateral, cervicothoracic, paraspinal, myofascial pain syndrome. *Spine* 1998; 23 (15): 1662-1666.
114. Wheeler AH. Botulinum toxin A, adjunctive therapy for refractory headaches associated with pericranial muscle tension. *Headache* 1998; 38: 468-471.

115. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD001133. DOI: 10.1002/14651858.CD001133.pub2.
116. Yaksh TL, Rudy TA. Analgesia mediated by a direct spinal action of narcotics. Science 1976;192:1357-1358.
117. Zelman, D.C.; Dukes, E.; Brandenburg, N., Bostrom, A. & Gore, M. (2005). Identification of cut-points for mild, moderate and severe pain due to diabetic peripheral neuropathy. Pain, 115, 29-36.