

CONSEJERÍA DE SALUD



plan andaluz de atención
a las personas con dolor
2010-2013



plan andaluz de atención a personas con dolor

2010-2013

Dirección General de Calidad, Investigación
y Gestión del Conocimiento

PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DOLOR (2010-2013)

Plan andaluz de atención a las personas con dolor : 2010 - 2013 / [coordinación, Juan Antonio Guerra de Hoyos ... et al. ; autoría, Jorge Álvarez González ... et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]

79 p. ; 21 cm

1. Dolor 2. Atención al paciente 3. Planes y programas de salud 4. Andalucía I. Guerra de Hoyos, Juan Antonio II. Álvarez González, Jorge III. Andalucía. Consejería de Salud IV. Título

WL 704

COORDINACIÓN: Juan Antonio Guerra de Hoyos; Elvira Fernández de la Mota; Enrique Fernández García; Concepción Padilla Marín; Reyes Sanz Amores

AUTORES: Jorge Álvarez González; Antonia Ayuso Fernández; Fernando Caba Barrientos; Manuel Caraballo Daza; Inmaculada Cosano Prieto; José Salvador Criado de Reyna; Enric Durán Pla; Julián Elorza Guisasola; Rosa M^º Esteve Zarazaga; Enrique Fernández García; Elvira Fernández de la Mota; Inmaculada García Montes; Juan Antonio Guerra de Hoyos; Francisco Herrera Fernández; Álvaro Iglesias López; Teresa Molina López; Concepción Padilla Marín; Manuel Jesús Rodríguez López; Juan Romero Cotelo; Juan Ruiz-Canela Cáceres; Reyes Sanz Amores; Plácido Zamora Navas

COLABORACIÓN: Itziar Vivar Díaz y Enrique Terol Fernández

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-693-1221-6

DEPÓSITO LEGAL: SE-1492-2010

DISEÑO: Publipartners

PRESENTACIÓN DE LA CONSEJERA

Durante el transcurso de la vida todas las personas se ven afectadas en algún momento por la presencia del dolor. Un malestar que, en caso de ser intenso o crónico, disminuye considerablemente la calidad de vida de quien lo padece e incluso repercute en el entorno familiar.

Desde la sanidad pública andaluza hemos valorado como una necesidad ineludible y un compromiso ético, evitar y minimizar el sufrimiento que el dolor produce en las personas. Se trata de un ámbito ante el que diferentes organismos internacionales recomiendan actuar de forma proactiva, integrada y global. En Andalucía hemos decidido asumir este reto aprovechando los procedimientos de evaluación, de tratamiento y organizativos existentes y que han demostrado su eficacia y efectividad para prevenir o paliar el dolor. Esta apuesta está además reforzada y legitimada por el propio Estatuto de Autonomía que establece que "todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor"

En este contexto, el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor nace con el objetivo de lograr un mejor abordaje de este malestar en sus distintas vertientes: prevención, detección, seguimiento y tratamiento.

El dolor no es solo un síntoma que se presenta, en mayor o menor intensidad y grado, junto a la mayoría de los problemas de salud, sino que en sí mismo es considerado una enfermedad. Por

ello, este instrumento plantea la atención al dolor desde un enfoque transversal que tiene en cuenta los diferentes tipos de dolor en función de las diversas patologías. A ello suma una especial consideración a las personas que pertenecen a los colectivos más desfavorecidos, ya que estos son más vulnerables y frágiles ante cualquier situación de desventaja social y, por tanto, también ante el dolor.

La estrategia planteada, sin precedentes en España, contempla emprender un conjunto de actuaciones -reorientación de los dispositivos, espacios y recursos asistenciales, formación e implicación de los profesionales, fomento a la investigación- que se consideran adecuadas para dar respuesta a las necesidades sanitarias que el problema del dolor plantea y mejorar su atención a todos los niveles.

Tengo la convicción de que nuestra organización sanitaria, gracias a la dedicación y cualificación de sus profesionales, presenta el nivel de madurez, de compromiso y de eficacia necesarios para convertir esta apuesta estratégica en una mano tendida a las personas que padecen dolor y a sus familias; en un instrumento que contribuya a mejorar la calidad de vida, presente y futura, de la ciudadanía andaluza.

María Jesús Montero
Consejera de Salud



índice

introducción pág. 7

análisis de situación pág. 11

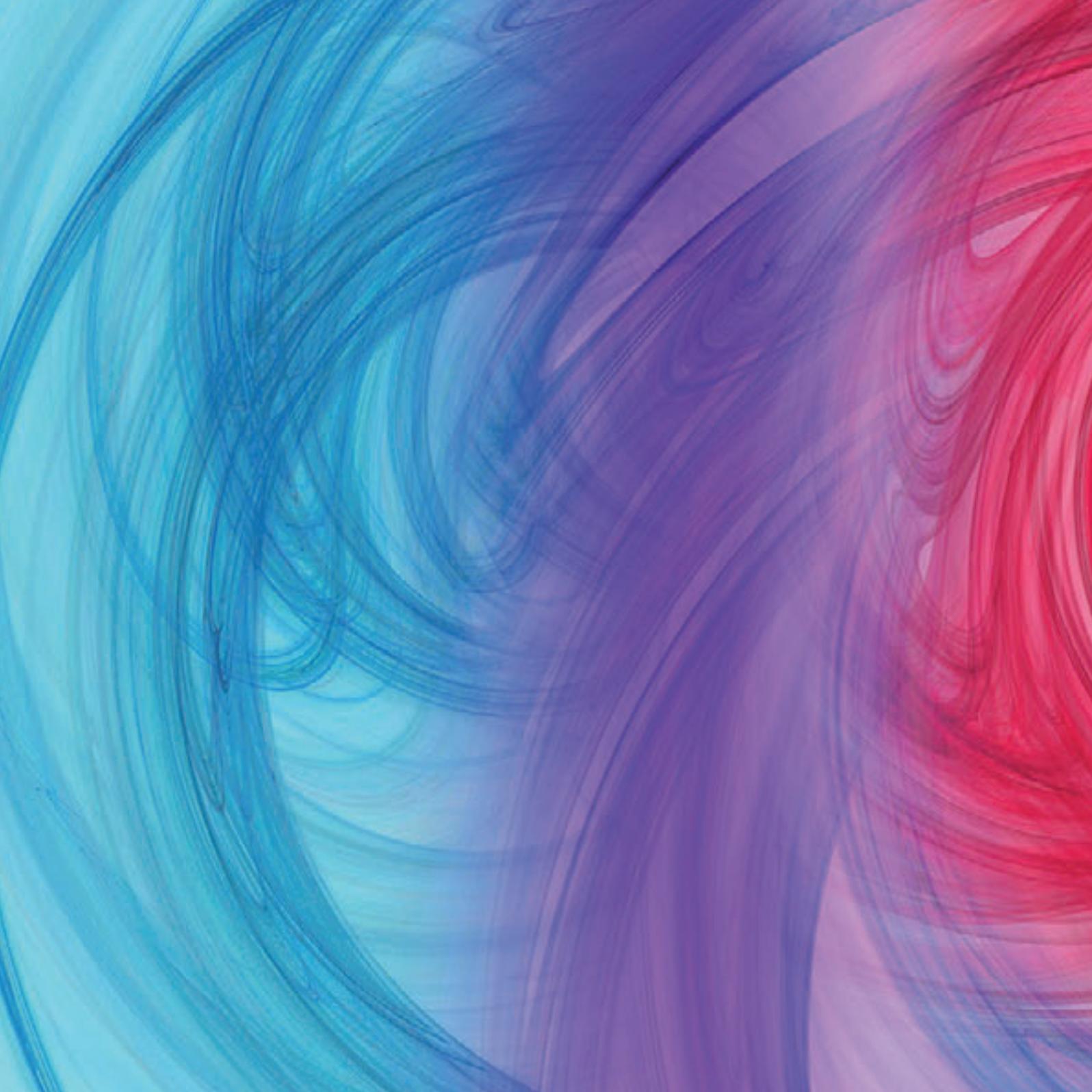
objetivos pág. 31

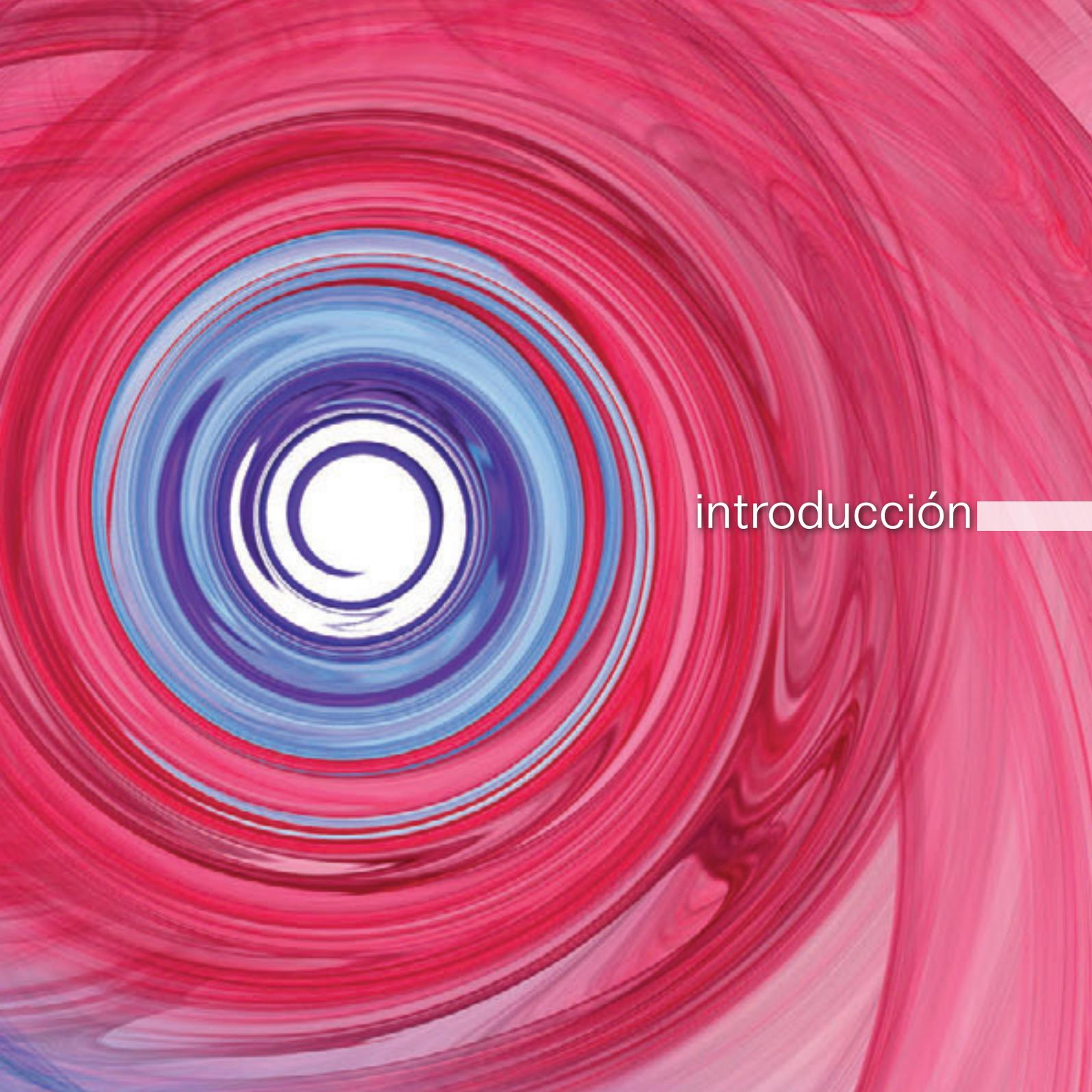
líneas estratégicas, proyectos estratégicos, acciones pág. 33

evaluación y seguimiento pág. 47

anexos pág. 53

bibliografía pág. 73



The background features a complex, abstract pattern of concentric, swirling circles. The colors transition from a bright white center through various shades of blue and purple to deep reds and pinks towards the edges. The lines are thick and textured, resembling brushstrokes or a marbled effect.

introducción



introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que se asocia a daño tisular presente o potencial (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor -1986-). Está presente de forma universal en el transcurso de la vida del individuo, afecta a la calidad de vida de las personas y de quienes las cuidan, y puede provocar consecuencias psicoemocionales, sociales y económicas importantes. Además el dolor incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes sanitarios directos e indirectos.

Diferentes organismos internacionales como la OMS, recomiendan un abordaje mucho más proactivo de este problema. Algunos países europeos, como Francia, vienen estableciendo en los últimos años planes de lucha contra el dolor basados en estrategias informativas, formativas, de promoción de la investigación o de implantación de cambios organizativos o de políticas sanitarias.

La Constitución Española (Art. 43) establece el Derecho a la Salud y su desarrollo a través de la Ley General de Sanidad. Insta tanto al Sistema Nacional de Salud como a los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas a desarrollar Planes Integrales o Planes Autonómicos de Salud.

La Ley 2/1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, establece en su artículo 33 que de conformidad con los criterios y pautas que es-

tablezca el Plan Andaluz de Salud, y teniendo en cuenta las especificidades de cada territorio, se elaborarán planes de salud específicos por los órganos correspondientes de cada una de las áreas de salud. Dichos planes serán aprobados por la Consejería de Salud.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003) recomienda la elaboración de Planes Integrales de Salud sobre las "patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación" y establece como sus principales funciones: elaborar criterios de organización de la atención sanitaria, determinar estándares y modelos de atención, identificar actuaciones de efectividad reconocida, indicadores para la evaluación y lagunas de conocimiento o de atención.

El Estatuto de Andalucía reconoce en su artículo 20.2 que "Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor..."

En el marco del II Plan de Calidad, así como en el III Plan Andaluz de Salud se persigue, como objetivo preferente, abordar los problemas más prevalentes así como sus determinantes, entre los que se priorizan los problemas osteoarticulares u otros relacionados con la discapacidad, el dolor y la calidad de vida. Plantea el desarrollo de Planes Integrales que definan y ordenen



el modelo de atención y las intervenciones más adecuadas. El Plan Andaluz de Atención a personas con Dolor permitirá un mejor abordaje en sus distintas fases (prevención primaria, detección precoz, seguimiento y tratamiento para disminuir su impacto y sus complicaciones). Supone una estrategia global que integra las intervenciones más adecuadas, en base a los conocimientos existentes, la formación de profesionales y la investigación sobre lagunas de conocimiento para así adaptarse a los cambios que se van produciendo en la población y en el entorno, contribuyendo a dar respuesta a cuestiones tan relevantes como las relacionadas con el abordaje del final de la vida, previstas en el Anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

El dolor continúa estando infraevaluado e infratratado pese al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas que cursan con dolor y a los avances en su evaluación y tratamiento. Aspectos como las creencias erróneas, la cultura del fatalismo, las carencias formativas o educativas, y el déficit de recursos materiales y organizativos, son algunas de las causas que motivan esta situación.

Este Plan aborda el dolor de un modo transversal y común a todas las enfermedades o problemas en las que pueda estar presente. Analiza, además, el abordaje del dolor en grupos más desfavorecidos. Se trata de convertir el dolor en la quinta constante a evaluar en los pacien-

tes, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, de manera que no pase desapercibido y que el tratamiento se adecúe a la intensidad y al impacto del mismo.

Dentro del conjunto de problemas en los que el dolor puede presentarse como síntoma, consecuencia o enfermedad en sí mismo, el Plan abarca para un periodo temporal determinado y en el ámbito de Andalucía:

- Dolor crónico: entendido como dolor superior a tres meses, de duración continua o intermitente durante más de cinco días por semana. Incluye tanto el de origen oncológico como no oncológico.
- Dolor perioperatorio en relación con intervenciones de cirugía mayor (digestiva, torácica, traumatología y ortopedia, toco-ginecología, etc).
- Dolor agudo relacionado con procedimientos menores de diagnóstico o tratamiento (no invasivos o mínimamente invasivos).
- Dolor agudo en situaciones de atención urgente o en emergencias.
- Dolor en población vulnerable: la infancia, personas de edad avanzada, personas con trastornos mentales.

El Plan utiliza una metodología abierta que integra la información cuantitativa y cualitativa, y que permite la evaluación continua de todas las actividades, para alcanzar los objetivos con los máximos estándares de calidad. Se contemplan



los siguientes elementos:

- Análisis de situación cuantitativo y cualitativo.
- Necesidades y expectativas de personas con dolor, personas cuidadoras, familiares y de la población general.
- Aportaciones del grupo de trabajo responsable de la elaboración.
- Guías, revisiones sistemáticas y estudios primarios obtenidos de las principales bases de datos de investigación y otros recursos electrónicos, a través de una estrategia de búsqueda amplia.

En coherencia con los principios que inspiran al conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, este Plan se ha concebido de forma que reúna las siguientes características:

1. Centrado en la persona: Proporcionará la información y las herramientas necesarias que les capaciten (empowering) para adoptar estilos de vida saludables y dirigir el control y el autocuidado de su propia enfermedad, no solo en sus aspectos físicos, sino también en los psicoemocionales, sociales y familiares en los que la persona está inmersa y que repercuten en la enfermedad y en la calidad de vida, aspectos especialmente importantes en el caso de los niños y de los mayores.

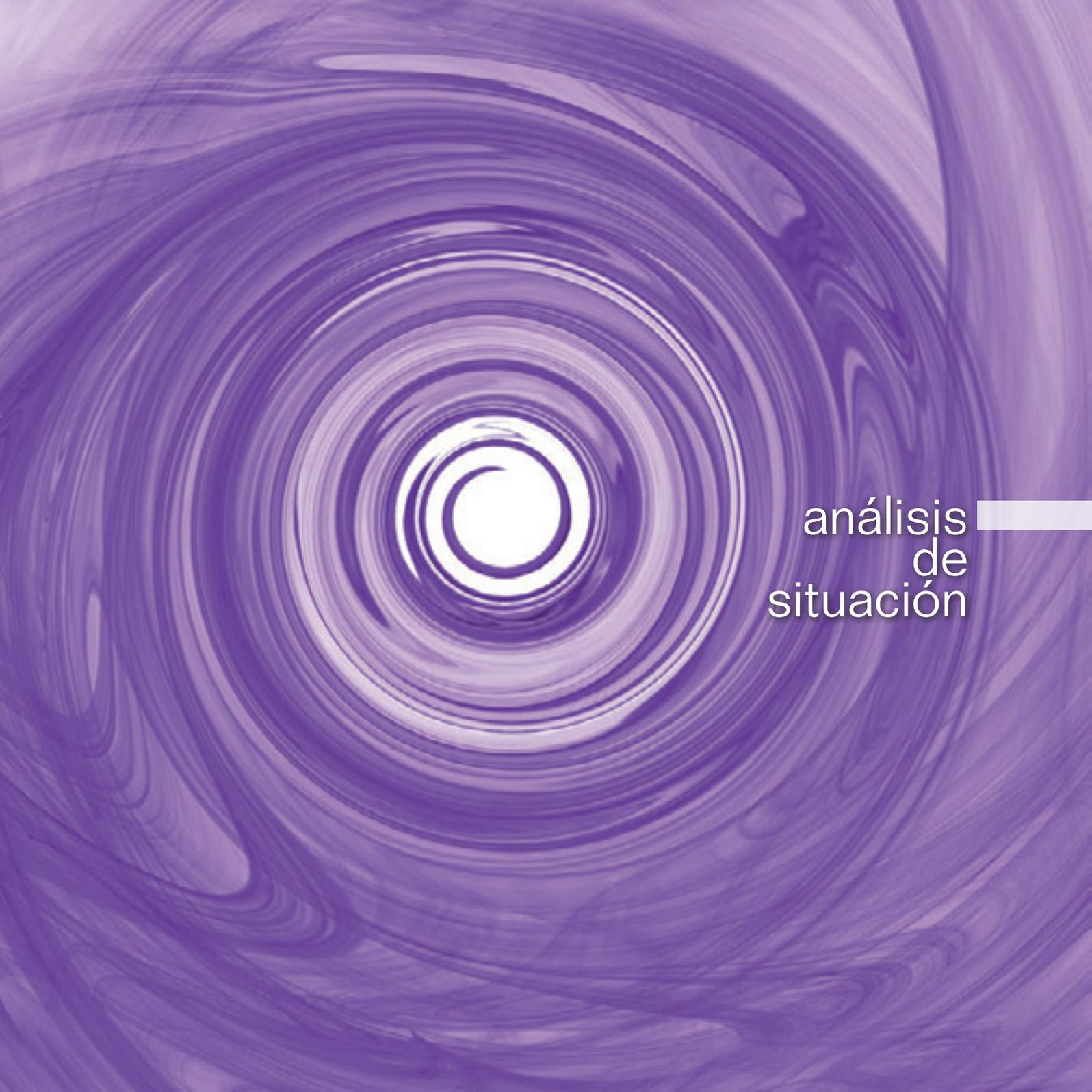
2. Participativo: Deberá fomentar el establecimiento de pactos y negociaciones entre las

personas que lo padecen y los / las profesionales, en un entorno de toma de decisiones compartidas sobre los objetivos y el plan de seguimiento.

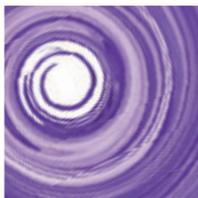
3. Equitativo: Los servicios se deben planificar para cubrir las necesidades de la ciudadanía, incluyendo grupos específicos por edad, o características de la enfermedad, e incorporar la perspectiva de género en todas las acciones, tratando de reducir las diferencias de partida en los grupos más afectados.

4. Integrado: Los conocimientos, las habilidades, actitudes y motivaciones de todos los profesionales implicados deben configurar un equipo multidisciplinar, que incluya la Atención Primaria, la hospitalaria y la urgente, para asegurar la continuidad y un sistema de apoyo que consiga la mayor autonomía posible. La participación de los distintos sectores públicos (servicios sociales, centros educativos, laborales, asociaciones...) es deseable para superar las barreras existentes, así como para la prevención de la enfermedad y sus consecuencias.

5. Orientado a los resultados: Los esfuerzos deben dirigirse a minimizar el riesgo de desarrollar dolor en los casos de dolor evitable, y a reducir el dolor presente en la población y sus complicaciones entre las personas afectadas, maximizando su calidad de vida a través de la capacitación de los / las profesionales para dar, medir y evaluar los cuidados proporcionados.

The background is a deep purple color with a complex, swirling pattern of concentric, slightly irregular rings. In the center, there is a bright white circle surrounded by several thin, dark purple rings, creating a focal point. The overall effect is reminiscent of a tunnel or a vortex.

análisis
de
situación



análisis epidemiológico

Los estudios existentes son heterogéneos en cuanto a su calidad metodológica, a la población a la que hacen referencia y a la terminología y recogida de la información.

Para reunir la información sobre la que se basa el análisis cuantitativo, se realizó en primer lugar una búsqueda bibliográfica amplia en bases de datos genéricas como Medline, Embase, Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y en bases de datos de informes de organizaciones como el Ministerio de Sanidad y Política Social, con los términos:

"Efficiency-Organizational"

"Process-Assessment-Health-Care"

"Delivery-of-Health-Care-Integrated"

"Patient-Centered-Care"

"Organizational-Innovation"

"Disease-Management"

"Health-Care-Reform"

"Models-Organizational"

"Ambulatory-Care"

"Organizational-Case-Studies"

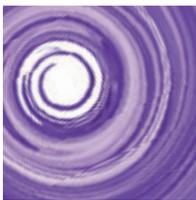
Posteriormente, se realizaron búsquedas específicas para los distintos aspectos que abarca este análisis y se ampliaron a partir de las referencias recuperadas y se completó con la información obtenida a través de búsquedas oportunistas en internet.

Los datos se presentan partiendo, inicialmente, de la encuestas generales de salud en población española (Encuesta Nacional de Salud 2006) y andaluza (Encuesta de Salud de Andalucía 2007) y posteriormente, se exponen los principales resultados de los estudios recuperados de la literatura de los últimos 5-6 años, organizados en relación con los apartados que aborda el Plan.

- Dolor crónico no oncológico.
- Dolor oncológico.
- Dolor perioperatorio / postoperatorio.
- Dolor agudo en atención urgente.
- Dolor agudo asociado a procedimientos menores (no invasivos o mínimamente invasivos)
- Dolor en población vulnerable:
 - o Dolor en la infancia.
 - o Dolor en personas de edad avanzada.
 - o Dolor en personas con trastornos mentales.

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2006)

En la Encuesta Nacional de Salud de 2006, un 10% de las personas encuestadas manifiestan haber tenido que reducir sus actividades habituales por algún tipo de dolor en las dos últimas semanas, siendo este porcentaje casi el doble en mujeres que en hombres (12.4% mujeres y 6,4% hombres) y otro 3% (2,5% en hombres y 3,3% en mujeres) refieren haberse visto obli-



gado a guardar cama más de la mitad de un día debido a algún tipo de dolor, siendo los dolores de espalda, huesos o articulaciones los más citados en ambos casos.

El 12% de las personas encuestadas manifiestan haber sido diagnosticadas, por un médico, de migraña o jaqueca en los últimos 12 meses (17,3% mujeres, 6,5% hombres), un 20,7% (27,7% mujeres, 13,3% hombres) ha padecido de artrosis, artritis o reumatismo. El 20,2% han sufrido de dolor de espalda localizado en la región cervical, 27,3% de las mujeres y 12,9% de los hombres; y un 21% ha sufrido de dolor lumbar (25,5% mujeres y 16,4% hombres).

El 29,3% de las personas encuestadas (24,3% hombres y 33,3% mujeres) refieren haber utilizado fármacos para el dolor en las 2 últimas semanas, y un 5,2% refiere haber utilizado medicamentos antiinflamatorios (6,8% mujeres, 3% hombres).

Resultados de la Encuesta de Salud de Andalucía (2007)

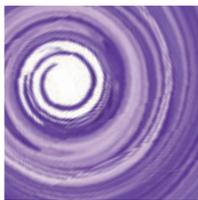
En la muestra de adultos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 el 76,1% de las personas encuestadas manifestaron que en las cuatro últimas semanas el dolor no había dificultado nada su trabajo habitual (70,9% mujeres y 81,3% hombres), siendo estas cifras superiores en algo más de 3 puntos porcentuales respecto a la anterior encuesta de 2003, en ambos sexos. A un 4,4% (5,1% mujeres y 3,6%

hombres) el dolor les ha dificultado mucho o bastante su trabajo, habiendo disminuido este porcentaje respecto a la anterior encuesta en casi tres puntos, principalmente a expensas de las mujeres que pasan de un 9,2% a un 5,1%. Al 19,6% (24,0% mujeres y 15,1% hombres) el dolor les dificultó su trabajo habitual un poco o regular siendo estos porcentajes similares a los de la anterior encuesta.

Entre los problemas de salud crónicos que más personas afirmaron padecer de manera permanente, destaca el dolor de espalda, cuello, hombro o cintura, que llegó a afectar al 18,1% de la población (19,4% mujeres y 16,7% hombres). La prevalencia de este dolor aumenta progresivamente con la edad pasando de un 4,4% en el grupo de edad más joven (16 a 24 años) al 35,5% en el grupo de edad de 75 y más años.

Un 12,6% (17,5% mujeres y 7,6% hombres) padecen artrosis o reumatismo. Por grupos de edad, la proporción va del 0,6% en el grupo de 16 a 24 años hasta el 49% en el grupo de más de 75 años. Un 4,1% (5,7% mujeres y 2,4% hombres) padecen migraña o jaqueca y el 7,9% de las mujeres sufre de dismenorrea.

Respecto al consumo de medicamentos, el 50,2% (58,6% mujeres y 41,5% hombres) de la población encuestada refieren haber consumido en las últimas dos semanas algún tipo de fármaco para el dolor, aumentando el consumo con la edad de tal forma que en el grupo de 75 o más años, tomar algún tipo de medicamento



fue una práctica casi generalizada, llegando a alcanzar el 91,8%. Las medicinas para el dolor o para la fiebre son las más utilizadas (38,2% de los que refieren haber tomado algún medicamento, 40,5% mujeres y 34,8% hombres), siendo estos porcentajes muy similares en los distintos grupos de edad y entre la encuesta de 2007 y la anterior.

Dolor crónico no oncológico

Se define* como 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 y con una de las siguientes características:

- Dolor continuo.
- Dolor intermitente \geq 5 días a la semana.

El conocimiento sobre la magnitud del dolor crónico procede de distintos estudios que estiman la prevalencia, severidad y pérdida de calidad de vida ocasionada por el mismo a partir de muestras de individuos procedentes de la población general o en muestras seleccionadas de pacientes hospitalizados o atendidos en régimen ambulatorio (Anexo-1).

Los principales resultados de la muestra española del estudio "Pain in Europe" son:

- Ligero predominio en las mujeres (52%) frente a los hombres (48%).
- Por rangos de edad, el 22% están en el cuar-

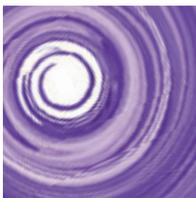
to decenio (41-50 años), seguido por el grupo entre 31 y 40 años (20%) y los 51 y 60 años (19%).

- Un 22% cataloga su dolor como intenso y el 18% como insoportable.
- La fuente de dolor más común es la rodilla (27%), seguida de la espalda (23%).
- Los pacientes afectados sufren, como media durante 9,1 años según una distribución bimodal (5-10 años y 20 o más).
- El 22% necesitó entre 5 y 10 años para alcanzar un control adecuado.
- El 10% ha recurrido a bajas laborales y el 4% se vio obligado a cambiar de trabajo a causa del dolor.
- El 29% ha consultado con tres o más médicos de distintas especialidades.
- La opción más utilizada entre los productos farmacéuticos son los AINE (51%) y los opioides menores (13%) con un 1% de encuestados a los que se habían prescrito opioides mayores.

Dolor oncológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un dolor crónico con características propias que no se limitan únicamente al tiempo de duración, sino que incluyen la presencia de sufrimiento, impotencia, desesperanza, que condicionan la conducta dolorosa,

* Definición tomada del PAI Dolor crónico no oncológico. Consejería de Salud. Sevilla 2007



debido al compromiso afectivo. Puede ser tan extremo e insoportable como para inducir al paciente al suicidio. Aquí el dolor no es un síntoma sino la enfermedad misma.

En las personas con cáncer, el dolor es uno de los síntomas más temidos y frecuentes. Puede estar causado por el cáncer propiamente dicho, por la inmovilidad, por el tratamiento o por enfermedades intercurrentes. La complejidad del dolor oncológico radica, además, en la dificultad de su manejo ya que la tendencia a centrarse en el componente físico de dolor y excluir otros aspectos constituye un obstáculo para su correcto abordaje¹.

Con respecto a la magnitud e impacto del dolor oncológico, una reciente revisión sistemática de la literatura de lo publicado en los últimos 40 años², pone de manifiesto que en función de la etapa de la enfermedad, la prevalencia:

- Es del 53% (IC 43% - 63%) en los estudios que incluyen a pacientes en todas las etapas de enfermedad.
- Es del 59% (IC 44% - 73%) en los estudios que incluyen a pacientes en tratamiento específico.
- Es del 33% (IC 21% - 46%) en los estudios que incluyen pacientes después de tratamiento curativo.
- Es del 64% (IC 58% - 69%) en los estudios que incluyen a pacientes con enfermedad avanzada / metastásica / terminal.

- La prevalencia es mayor del 50% en todos los tipos de cáncer, siendo la más alta en personas con cáncer de cabeza / cuello que es del 70% (IC 51% - 88%).

- Un tercio de las personas con dolor lo clasificó como el moderado o severo.

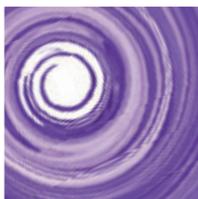
En otra revisión sistemática³ cuyo objetivo es obtener una valoración fiable de la prevalencia de síntomas en pacientes con cáncer incurable, el síntoma dolor tiene una prevalencia acumulada del 71% (IC 67% - 74%); siendo del 45% (IC 32% - 59%) en los estudios que incluyen pacientes con cáncer incurable en las 2 últimas semanas de vida.

Dolor perioperatorio / postoperatorio

El dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del procedimiento quirúrgico, aunque el ámbito de actuación en el cual nos movemos es algo más amplio, y hemos de referirnos al dolor en el periodo perioperatorio, entendido éste como aquel dolor que se presenta en un paciente antes, durante o después de una intervención quirúrgica causado por la enfermedad previa, el procedimiento quirúrgico, o una combinación de ambos⁴.

Los estudios recientes, tanto europeos como españoles⁵, ponen de manifiesto insuficiencias en la evaluación y en el abordaje terapéutico.

El conocimiento de la prevalencia / incidencia del dolor postoperatorio procede de estudios



de diferentes países (Anexo-2). Estos estudios ponen de manifiesto que:

- Entre el 97,2% y el 79,7% de los pacientes hospitalizados y sometidos a cirugía mayor experimentan dolor en algún momento de su estancia hospitalaria. Los porcentajes varían dependiendo del tipo de cirugía (traumatología-ortopedia, obstetricia-ginecología, o cirugía general).
- Un 54,7% de las personas sometidas a cirugía mayor ambulatoria, experimentaron dolor en las 24 horas posteriores a la intervención.

Dolor agudo en atención urgente

Se acepta de forma generalizada que el dolor es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias o emergencias. Existe un número escaso de estudios de investigación que permitan establecer de forma precisa la incidencia y la prevalencia del dolor tanto en el ámbito de AP como en los servicios de urgencias y emergencias.

En el año 2008, se recibieron un total de 164.800 llamadas en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES), cuyo motivo de demanda asistencial fue **dolor no traumático**. Esto representa un 16,1% de toda la demanda.

Desglosada por provincias:

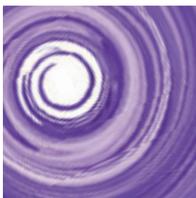
Almería	7.079 demandas	(14,29%)
Cádiz	17.096 demandas	(13,74%)

Córdoba	18.877 demandas	(18,72%)
Granada	23.019 demandas	(17,79%)
Huelva	6.149 demandas	(13,55%)
Jaén	12.127 demandas	(16,79%)
Málaga	34.943 demandas	(14,96%)
Sevilla	45.510 demandas	(17,11%)

Además de la escasez de estudios en este ámbito, otros aspectos que dificultan, aún más, el conocimiento de la magnitud de este problema tienen que ver con las diferencias metodológicas, la ausencia de una taxonomía común, el abordaje de síndromes específicos y la ausencia de investigación en determinados grupos de pacientes según su edad, la situación cognitiva o el tipo de enfermedad. Este hecho constituye una moderna torre de Babel que evita el avance del conocimiento sobre la magnitud e impacto real de este problema y sobre la comparación de los resultados entre distintas poblaciones y con abordajes diferentes. No obstante los estudios realizados en atención de urgencias establecen que el porcentaje de pacientes en los que el dolor está presente y/o es el motivo principal de consulta varía entre el 52,5% y el 78% (Anexo-3).

Dolor agudo asociado a procedimientos menores (no invasivos o mínimamente invasivos)

En la práctica asistencial diaria se llevan a cabo gran número de procedimientos diagnósticos o



terapéuticos tanto en AP como AH que producen dolor y ansiedad en el paciente. Entre ellos, se cuentan distintos tipos de endoscopias, colocación de catéteres, sondajes y drenajes, punciones, biopsias y la realización de curas de laceraciones, heridas quirúrgicas, quemaduras o úlceras.

Los artículos existentes no abordan de forma global la prevalencia del dolor, debido al volumen, variedad y ámbito de los procedimientos que se realizan, aunque si se pueden encontrar estudios de prevalencia en procedimientos concretos, como punciones lumbares, administración de medicamentos, punciones venosas, etc. (Anexo-4)

A pesar de que existen diversos métodos farmacológicos y no farmacológicos para evitar o minimizar las consecuencias negativas de estos procedimientos, la mayoría de los profesionales no los ponen en práctica⁶. Esto ocurre por desconocimiento de las opciones existentes, de su efectividad; por falta de tiempo o por una actitud pasiva, en la que el profesional entiende que estos procedimientos causan necesariamente una serie de molestias inevitables y que los tratamientos para evitarlas pueden someter a mayores riesgos a los pacientes.

De igual modo las personas presentan, en muchas ocasiones, una actitud pasiva hacia la comunicación de su dolor a los profesionales y a demandar soluciones. Existen no obstante, suficientes experiencias en la literatura cientí-

fica sobre el uso de procedimientos sencillos que evitan el dolor en una gran variedad de procedimientos (curas, extracciones sanguíneas y otras exploraciones invasivas)⁷. También existen experiencias en relación al dolor evitable en pacientes quemados^{8,9}.

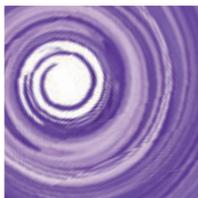
El nivel de estrés y ansiedad en relación a ciertos procedimientos (abordaje de catéteres i.v., catéteres uretrales, sondajes naso-gástricos, o drenaje de abscesos) son determinantes en la producción del dolor y no tanto el sexo o la diferencia de edad. Intervenciones simples sobre estos aspectos pueden mitigar el nivel de dolor en estos pacientes¹⁰.

El grupo Cochrane de cáncer de mama, en su revisión de la eficacia de las intervenciones para reducir o aliviar el dolor y otras molestias de la mamografía, pone de manifiesto que aún es necesario desarrollar investigaciones adicionales para encontrar cuál es la intervención o combinación de intervenciones más efectiva para disminuir las molestias y la ansiedad que provocan este tipo de pruebas¹¹.

Dolor asociado a población vulnerable

- Dolor en la infancia.

La infancia constituye uno de los grupos de mayor vulnerabilidad. Esto es debido a un cúmulo de factores relacionados tanto con la evaluación como con la administración del tratamiento que hacen que sufran dolor evitable en ma-



yor o menor medida ante heridas y fracturas, enfermedades crónicas o el ser sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos (curas, extracciones de sangre, colocación de catéteres, sondajes o endoscopias). Situaciones que necesitan una consideración específica dentro de los sistemas de salud.

Un reciente estudio de un hospital andaluz pone de manifiesto que el dolor y la ansiedad perioperatorias en la población infantil están infratratados y recomienda confeccionar protocolos de tratamiento, adaptados a las necesidades de esta población y a los distintos tipos de cirugía a los que pueda ser sometida¹².

Así, la capacidad para el lenguaje, la comunicación, el tipo de respuesta, y tolerancia del niño o incluso la respuesta al dolor en la edad adulta y la cronificación de los procesos dolorosos¹³ se ven influidos por factores como el grado de desarrollo neuropsíquico y la maduración metabólica alcanzados según la edad, la presencia de discapacidad o el haber sufrido enfermedades con dolor agudo o crónico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos que provocan dolor y ansiedad.

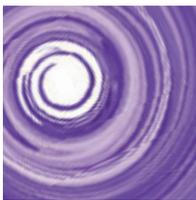
Estos factores marcan diferencias importantes para la evaluación. La valoración del dolor en un neonato es radicalmente distinta de la que puede realizarse en un adolescente al no poder utilizarse escalas autorreferidas y teniéndose que recurrir a métodos de observación de conductas o signos clínicos menos validados, para la administración de las medidas antiálgicas.

Del mismo modo se presentan riesgos específicos en la administración de algunos fármacos según las características de farmacocinética y farmacodinamia que presentan los niños según el grado de desarrollo y maduración alcanzado.

A pesar de la importancia y trascendencia del dolor y la ansiedad que experimentan los niños y de sus repercusiones a corto y largo plazo, se detecta escasa presencia de temas relacionados con el dolor en los programas de formación tanto a nivel de grado como de postgrado de los profesionales, por lo que no extraña la presencia de conceptos erróneos o mitos sobre el dolor, la analgesia o la sedación en dichos profesionales, tales como:

- En la infancia se experimenta menos dolor.
- El dolor ayuda a construir el carácter.
- La depresión respiratoria que ocurre tras la administración de opiáceos condiciona la administración de una dosis inadecuada y un aumento de los intervalos entre las dosis.
- Los neonatos no recuerdan la experiencia del dolor.
- Los niños no pueden localizar o describir su dolor.
- Los opiáceos son adictivos o demasiado peligrosos en la infancia.

Al igual que en los aspectos de formación se detectan necesidades de investigación y desa-



rollo del conocimiento tanto en aspectos como la epidemiología del dolor, su neurofisiología y consecuencias a largo plazo, como en aspectos de la práctica clínica como las intervenciones o combinaciones más efectivas, o la manera de revertir la variabilidad clínica existente y la tendencia general en los sistemas sanitarios a la infraevaluación y al infratratamiento en este grupo de personas especialmente vulnerables.

Los estudios de estimación de prevalencia de dolor o aplicación de evaluación o analgesia en la infancia son variables en cuanto a metodología y resultados (Anexo-5).

- Dolor en personas de edad avanzada.

Los estudios realizados en distintos países muestran importantes diferencias tanto en la edad con la que se incluye a los pacientes, como en el diseño y metodología del estudio o si se trata de población general a la que se entrevista o se envía un cuestionario, o de población institucionalizada, en residencias de mayores u hospitales de crónicos.

La prevalencia suele ser alta cuando se pregunta por la presencia de dolor de cualquier tipo, sobretodo cuando se utilizan entrevistas en pacientes hospitalizados y menor, cuando los datos se recogen a partir de registros clínico administrativos, o a partir de cuestionarios (Anexo-5).

Los datos a partir de estudios poblacionales arrojan cifras de prevalencia entre el 50% y el 80%, que aumenta con la edad y es mayor en

el género femenino.

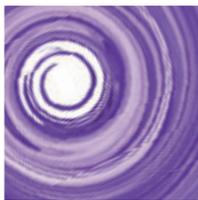
El dolor en estos pacientes suele tener un carácter continuo, una intensidad moderada o alta y su origen más frecuente es el tipo nociceptivo y provoca un impacto importante sobre la calidad de vida que condiciona el consumo de múltiples fármacos y se suele acompañar de depresión y otras comorbilidades.

- Dolor en personas con trastornos mentales.

La correcta evaluación y control de las personas con trastornos mentales (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos) constituye un reto por la presencia en ocasiones de problemas de comunicación o déficit cognitivos, o por el impacto de factores como la ansiedad o la depresión. Asimismo, se suelen provocar en los profesionales estereotipos que dificultan una atención adecuada.

Aunque se admite de forma general que el dolor es un síntoma frecuente en las personas con trastorno mental, la mayoría de los estudios existentes valoran la presencia de patología psiquiátrica en los síndromes dolorosos y pocos analizan la presencia de dolor en pacientes con trastornos psiquiátricos previos.

Los estudios realizados en la población general estiman que un 30% padece algún trastorno psiquiátrico (criterios DSM IV)¹⁴. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen el dolor en el conjunto de la población con trastorno mental, y se recurre a muestras de pacientes ingresados en hospitales o centros psiquiátricos¹⁴. Es común que se realicen estudios en



pacientes con trastornos mentales específicos (como depresión o trastorno de ansiedad) donde la presencia de dolor es muy frecuente y se enfrenta a concepciones dualistas entre lo orgánico y lo funcional y a las dificultades de clasificación de los trastornos psiquiátricos que se acompañan de dolor o en los que el dolor es el síntoma principal, con frecuentes cambios en los criterios DSM.

Los estudios se suelen realizar en clínicas psiquiátricas en atención ambulatoria o en pacientes hospitalizados, se recurre a investigadores capaces de valorar tanto los aspectos relacionados del dolor como los relacionados con el trastorno mental para clasificarlos correctamente (Anexo-5).

análisis de recursos

La atención al paciente con dolor se facilita por el conjunto de recursos asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). La complejidad en el manejo de ciertos tipos de dolor ha propiciado la configuración de unidades monográficas en torno al dolor crónico y perioperatorio fundamentalmente. La dotación actual de estos recursos se recoge en la Cartera de Servicios de Asistencia Especializada que define el desarrollo de la oferta clínico – asistencial que el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Unidades de Dolor Crónico

En relación con el dolor crónico existen actualmente 17 unidades funcionales dependientes jerárquicamente de un Servicio / Especialidad. (Ver cuadro resumen por nivel). Estas unidades atienden a personas con dolor crónico

(duración superior a 3 meses), la mayoría en régimen ambulatorio (65%), o bien ingresados en distintos servicios (35%). Su procedencia suele ser desde Atención Hospitalaria ya que éstas efectúan en la mayoría de los casos un papel de “filtro”. Las especialidades que solicitan la intervención de estas unidades son: traumatología, rehabilitación, oncología médica y radioterápica, cirugía general y reumatología. Existe un circuito de interconsulta diferenciado para pacientes ambulatorios o hospitalizados y una asignación de tiempo para primeras consultas, revisiones o aplicación de técnicas invasivas. Destaca sin embargo, la importante variabilidad de las mismas, en cuanto a su configuración, dotación técnica y de personal, oferta asistencial y evaluación de resultados. Esto supone una dificultad a la hora de clarificar los recursos existentes.

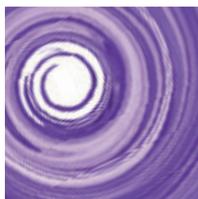
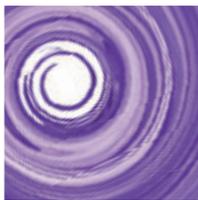


Tabla de Cartera de Servicios: Cuadro Resumen

Provincia	Área Hospitalaria Centros ajenos	Unidad Funcional	Unidad o servicio
Almería	A.H. Torrecárdenas	UD (Clínica del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Cádiz	A.H. Puerta del Mar	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Cádiz	A.G.S. "Campo de Gibraltar"	UD (Clínica del Dolor) (ALGE)	Anestesiología y Reanimación
Cádiz	A.H. Jerez de la Frontera	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Cádiz	A.H. Puerto Real	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Córdoba	A.H. Reina Sofia	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Granada	A.H. Baza	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Granada	A.H. Virgen de las Nieves	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Granada	A.H. San Cecilio	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Jaén	A.Complejo Hospitalario de Jaén	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Jaén	A.H. San Agustín	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Málaga	A.H. Carlos Haya	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Málaga	A.H. Virgen de la Victoria	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Sevilla	A.H. Virgen del Rocío	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Sevilla	A.H. Virgen de Valme	UD (Clínica del Dolor)	Bloque quirúrgico
Sevilla	A.H. Virgen Macarena	UD (Clínica Del Dolor)	Anestesiología y Reanimación
Sevilla	A.G.S.de Osuna	UD (Clínica del Dolor)	Anestesiología y Reanimación



Unidades de Dolor Agudo postoperatorio (UDA)

Desde mediados de los años 80 comenzaron a introducirse en hospitales europeos¹⁶ y americanos¹⁷, los programas y servicios de atención al dolor agudo (APS acute pain services) que trataban de abordar el dolor postoperatorio con un planteamiento multidisciplinar (inicialmente eran equipos con médicos, enfermeras, farmacéuticos y psicólogos) con el objetivo de aumentar el alivio del dolor y la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía y reducir la morbilidad postoperatoria y la duración y costes de la hospitalización.

La introducción creciente de estos servicios no ha seguido un modelo homogéneo, existiendo en la actualidad servicios centrados en los anestesiólogos, en enfermeras o en cirujanos, como respuestas distintas a los altos costes que puede representar la creación de estos servicios. En España se viene desarrollando el modelo de unidades de dolor agudo postoperatorio (UDA) desde el año 2000 con las mismas limitaciones, como se recoge en el Consenso de varias sociedades científicas¹⁸, también en Andalucía algunos autores de publicaciones científicas han planteado dicho modelo para el abordaje del dolor agudo postoperatorio.¹⁹

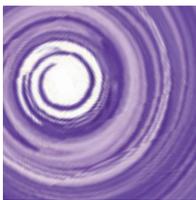
Existen abundantes estudios de investigación que establecen la eficacia o la efectividad para aliviar el dolor, de las técnicas que habitualmente se utilizan en estos servicios (analgesia con-

trolada por el paciente, infusión epidural, etc.), pero aunque estos servicios incrementan la utilización de dichas técnicas¹⁹, no ha sido suficientemente aclarado si el cambio organizativo que suponen es el responsable del incremento en el alivio y la satisfacción de los pacientes o se debe a otros factores como el aumento de motivación de los profesionales hacia el uso técnicas y tratamientos más efectivos, la utilización de técnicas quirúrgicas menos invasivas, o la rehabilitación precoz²⁰.

Aunque se conoce que estos servicios tienen costes altos no se ha establecido aún de forma clara su coste-efectividad o su impacto en la duración de la estancia hospitalaria. También se necesitan estudios de investigación rigurosos que comparen los modelos de bajo coste con los de alto coste o con los programas multidisciplinarios, para establecer cuál es el modelo más efectivo, más seguro y con mejor relación coste-beneficio para que se puedan beneficiar todos los pacientes sometidos a cirugía²¹.

Encuesta sobre recursos de atención al dolor realizada en Enero de 2009

Para completar el análisis se envió, en enero de 2009, a todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, de las Empresas Públicas y a los centros concertados, una encuesta con el objetivo de recoger datos para conocer las características de los recursos específicos que



los centros dedican a la atención del dolor (dolor agudo, crónico –oncológico, no oncológico, situación terminal–, y perioperatorio), el perfil de los pacientes atendidos, la cartera de servicio que se presta o los profesionales que la desarrollan.

Las encuestas fueron autocumplimentadas y los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos de Access para proceder posteriormente a su análisis estadístico. Se recibió una encuesta por cada uno de los 28 hospitales del SAS, 15 de los Hospitales y HAR de Empresas Públicas y 11 de los centros concertados, es decir un total de 54 encuestas del conjunto de centros (54 centros).

Como conclusiones de los datos obtenidos, resaltamos los siguientes:

- Existe una importante dificultad para conocer con exactitud el volumen y tipología de personas atendidas en tanto en las unidades de dolor crónico como agudo. Por tanto es difícil dimensionar los recursos necesarios para homogeneizar los servicios.
- Menos del 25% de los hospitales manifestaron tener recursos específicos para atender al dolor agudo, sin diferencias importantes entre hospitales del SAS, EEPP o concertados.
- El 37% de los hospitales manifestaron tener recursos específicos para atender el dolor peri/postoperatorio, siendo los hospitales SAS los que comunican con más frecuencia estos recursos (46%).

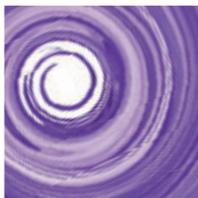
- El 50% de los hospitales manifestaron tener recursos específicos para atender al dolor crónico. El 50% de ellos, atiende a pacientes con dolor crónico oncológico y el 16% atienden a pacientes en situación terminal. El 46,3% atiende a pacientes con dolor crónico no oncológico.

De los hospitales que disponen de recursos específicos para el dolor crónico, solo el 37% realizan técnicas invasivas (bloqueos, infiltraciones, implantación de catéteres para infusión intraespinal, o neuroestimuladores) y sólo el 13% dicen ofertar otras técnicas complementarias como TENS, iontoforesis o acupuntura.

Llama la atención que el 75% de los hospitales del SAS dicen tener recursos específicos para atender el dolor crónico.

La mayoría de estos recursos están atendidos por los anestesiólogos y las enfermeras. Ningún recurso refiere estar constituido por un equipo multidisciplinar que incluya rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o psicólogos.

A partir de la página 56 aparece la propuesta de recursos para la atención a las personas con dolor.



análisis de la prescripción y consumo de fármacos relacionados con el tratamiento del dolor

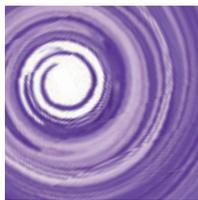
Los datos que se presentan a continuación corresponden al análisis descriptivo y transversal de la prescripción, en receta oficial del Servicio Andaluz de Salud, de medicamentos empleados fundamentalmente para el tratamiento del dolor. Para este análisis se han seleccionado los siguientes subgrupos terapéuticos de la clasificación Anatómico-Terapéutica-Química de la OMS (Anatomical Therapeutic Chemical Classification, ATC):

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): grupo terapéutico M01A.
- Analgésicos y antipiréticos: grupo terapéutico N02B.
- Opiáceos: alcaloides naturales del opio, derivados de la fenilpiperidina, derivados de la difenilpropilamina, derivados del benzomorfolano, derivados de la oripavina, derivados del morfina, combinaciones con antiespasmódicos, otros; Subgrupo terapéutico N02A.
 - o Opiáceos menores: tramadol, dihidrocodeína y dextropropoxifeno.
 - o Opiáceos mayores: morfina, oxicodona, petidina, fentanilo, pentazocina, buprenorfina y metadona.

La prevalencia de prescripción se ha medido como Dosis Diarias Definidas (DDD) por cada 1.000 habitantes y día (DHD). La fuente de información para el numerador ha sido la base de datos de medicamentos prescritos en receta oficial del Servicio Andaluz de Salud y facturados con cargo al mismo en 2008 (el análisis no incluye la prescripción intrahospitalaria o la prescripción en recetas externas al SAS). El denominador se ha obtenido de la Base de Datos de Usuarios del SSPA.

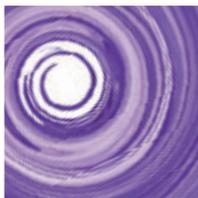
El análisis muestra que el grupo terapéutico más utilizado es el de AINE (64,4 DHD), siendo ibuprofeno el medicamento más prescrito dentro del grupo (49% de las DDD). Le siguen el grupo de analgésicos y antipiréticos (28,1 DHD), opiáceos menores (6,25 DHD) y opiáceos mayores (2,37 DHD). De este último subgrupo se destacan los siguientes datos:

- En el análisis a nivel de áreas pequeñas (área sanitaria / distrito) la prevalencia de prescripción, ajustada por edad, oscila entre 1,3 y 3,2 DHD (razón de variación: 2,4).
- Un 5% de la prescripción, corresponde a morfina.
- Respecto a la vía de administración, un 85% de las DDD prescritas corresponden a medicamentos administrados por vía transdérmica y un 5,5% a formas farmacéuticas orales transmucosa.



Tras realizar una búsqueda de datos poblacionales de prescripción de estos subgrupos terapéuticos en nuestro entorno, la información obtenida es la siguiente. La prevalencia de uso de AINE descrita en España es de 45,8 DHD (dato referido a 2006), 49 DHD en Dinamarca y 33 DHD en Noruega. La prescripción de opiáceos mayores descrita en Dinamarca es de 6,9 DHD y 3,8 DHD en Noruega; en ambos caso el 25% de las DDD corresponden a morfina (datos referidos a 2007 y disponibles en los sitios web

oficiales de las agencias de medicamentos de los respectivos países). No puede descartarse que estas diferencias estén relacionadas con las características demográficas de las poblaciones comparadas. Aun así, los datos parecen indicar que la prescripción de opiáceos en Andalucía es inferior a la comunicada por los países del norte de Europa, lo que concuerda con la situación de infratratamiento del dolor descrita en otros apartados de este informe.



análisis cualitativo

Identificación de problemas por el grupo de trabajo

I. Metodología de identificación de problemas

Para estimar qué problemas y posibles soluciones existen en nuestra comunidad en relación con los aspectos que el plan aborda se utilizaron técnicas cualitativas para trabajo de grupos: tormenta de ideas, grupo nominal, parrillas de priorización, análisis de barreras / facilitadores y plantillas de mapeo de intervenciones.

Los 24 miembros del grupo de trabajo se distribuyeron en cuatro grupos según su perfil y los aspectos que abarca el plan: dolor crónico, dolor en la atención urgente, dolor perioperatorio y dolor relacionado con procedimientos diagnósticos o terapéuticos menores.

Se les solicitó que generaran ideas sobre los siguientes aspectos:

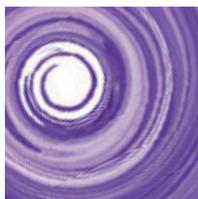
- Problemas existentes.
- Origen o determinantes de dichos problemas.
- Posibles objetivos de cambio.
- Posibles acciones para alcanzar los objetivos.

Las ideas generadas se clasificaron en tres categorías principales: a) aspectos de práctica clínica b) aspectos de los pacientes, cuidadores y población general c) aspectos de organización sanitaria y prestación de servicios como recursos (materiales y humanos) y coordina-

ción en la prestación de los servicios.

La información obtenida se estructuró con plantillas de trabajo que fueron sometidas a discusión y consenso por parte de los participantes en las reuniones de trabajo de grupo, obteniéndose finalmente un listado provisional de problemas, determinantes de los mismos, objetivos y acciones, por cada uno de los aspectos que aborda el plan, así como un listado común a los cuatro aspectos que abarca el plan.

Este listado se sometió a un análisis de las posibles barreras y a una estimación de las distintas opciones de formatos y canales para cada posible actuación, utilizando una plantilla de mapeo de intervenciones para decidir finalmente, tras debate y consenso, qué acciones, formatos y canales de comunicación, eran las que el grupo consideraba más apropiadas para conseguir los objetivos de cambio, obteniéndose un listado final de problemas, causas, objetivos y acciones.



II. Principales problemas y sus determinantes

Infraevaluación del dolor por parte de los profesionales. Déficit de conocimientos / habilidades de evaluación, actitud pasiva por dudas sobre la utilidad del uso de escalas / cuestionarios; falta de recursos (tiempo, escalas / cuestionarios).

Tratamiento insuficiente por parte de los profesionales Falta de conocimientos / habilidades para la valoración y tratamiento integral y adecuado al tipo de dolor, al impacto que éste tiene sobre el paciente y al contexto biopsicosocial en el que se encuentra; actitud pasiva hacia un abordaje proactivo por dudas sobre su utilidad o miedo a efectos adversos en los pacientes; falta de recursos tanto materiales como humanos, en el nivel de atención y en el de gestión de la misma.

Déficit de información / comunicación y cultura pasiva en los pacientes y en la población general sobre el abordaje del dolor Falta de conocimientos sobre las ventajas de la utilización de los tratamientos farmacológicos / no farmacológicos y de la adherencia a los mismos por miedo a sus efectos adversos y dificultades a la comunicación.

Falta de coordinación de la atención prestada por distintos profesionales Variabilidad en las actuaciones por diferencias de conocimientos, habilidades o actitudes, falta de protocolos consensuados; falta de capacidad para trabajar en equipo y garantizar la continuidad de una atención adecuada; falta de recursos para establecer procedimientos y circuitos consensuados para la comunicación y atención a los pacientes entre los distintos niveles de profesionales y entre profesionales del mismo nivel.

Déficit de Sistemas de información Falta de un sistema de información clínicoepidemiológico que permita la gestión del conocimiento sobre el dolor.

III. Principales barreras identificadas

• En los profesionales.

- Deficiencias de formación tanto en referencia a conocimientos sobre evaluación como a un tratamiento adecuado del dolor, o en la búsqueda y acceso al conocimiento existente.

- Deficiencias de habilidades en el manejo de escalas de evaluación y en la administración de determinados tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

- Actitudes pasivas y motivación escasa debido a creencias erróneas sobre el dolor (el dolor como síntoma útil para el diagnóstico de algunas enfermedades”, frecuencia de aparición de complicaciones o interacciones graves de algunos tratamientos “opiofobia”, etc).

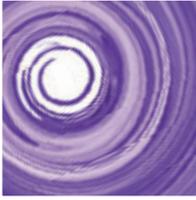
- Lagunas de conocimiento sobre efectividad sobre algunas intervenciones y sobre cual es el mejor abordaje en pacientes individuales o en problemas específicos.

• En los pacientes:

- Pasividad en la comunicación del dolor, por creencias erróneas (el dolor es normal en ciertos procesos) o miedos a efectos secundarios o interacciones (opiofobia...) o por aspectos culturales.

- Dificultades a la comunicación relacionadas con el lenguaje o la capacidad cognitiva.

- Falta de información o desconocimiento de la existencia de recursos eficaces para el dolor y el sufrimiento innecesarios.



- En la organización y gestión sanitaria:

- Escasa coordinación intra e interniveles por falta de estructuras que lo faciliten o por escasa capacidad de trabajo en equipo.
- Carencia de protocolos o guías consensuadas.
- Escasa presencia de indicadores sobre el dolor en los sistemas de evaluación y monitorización existentes.
- Escasa presencia de aspectos relacionados con el dolor en los objetivos de los acuerdos de gestión o en la cartera de servicios, y por tanto en los incentivos relacionados con los mismos.
- Escasa información y comunicación sobre los recursos y el abordaje integral del dolor en los medios y canales de difusión a pacientes y sociedad en general.

Expectativas de pacientes

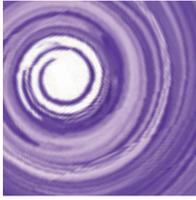
La exploración de las expectativas mediante las técnicas cualitativas habituales (grupos focales y entrevistas en profundidad) han sido sistemáticamente exploradas con carácter previo para la elaboración de los Procesos Asistenciales Integrados. De este modo, disponemos de expectativas referidas por el paciente y familiares para un numeroso grupo de problemas de salud. Cuando el dolor es una manifestación común de la enfermedad aparece la expectativa "que me alivien el dolor" entre otras que ha-

cen referencia a la necesidad de información, capacidad de respuesta por parte del sistema, seguridad en el diagnóstico y tratamiento, coordinación entre profesionales, etc.

Existe información en la literatura científica sobre las necesidades y expectativas respecto al dolor crónico y sobre su satisfacción y experiencias con los cuidados suministrados por los servicios sanitarios, en cambio son escasos los estudios que describen estos aspectos en relación con el dolor agudo, de dichos estudios se destacan los siguientes:

- Revisión sistemática²³ realizada en 2004, de estudios cuantitativos y cualitativos, sobre las expectativas de pacientes con dolor lumbar inespecífico, en países como Estados Unidos, Australia, Reino Unido, Suiza, Suecia o Noruega, encuentra que las principales expectativas de estos pacientes son:

- Recibir un diagnóstico claro de su enfermedad y del origen del dolor.
- Ser evaluados con rigor, incluyendo una historia y exploración detalladas y pruebas complementarias.
- Recibir instrucciones y consejos sobre como manejar su dolor.
- Conseguir un tratamiento que suministre alivio para su dolor y una disminución de las dificultades que éste le provoca en su vida diaria y que sea poco dañino y molesto.
- Que se valide y reconozca, su percepción de



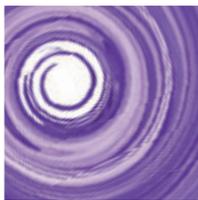
dolor y o incapacidad para la realización de determinadas acciones sociales o laborales.

- Que se les trate con respeto, se dedique tiempo a escuchar sus problemas y se confíe en que lo que ellos manifiestan como dolor y sufrimiento, es una realidad.
- Que los profesionales tengan habilidades de comunicación y estén dispuestos a compartir la toma de decisiones respecto a las opciones de diagnóstico y tratamiento.
- Existe una brecha entre lo que los pacientes esperan y lo que el servicio sanitario finalmente les da, este hecho se suele traducir en niveles altos de insatisfacción (en torno al 80% de los pacientes se manifiestan insatisfechos con la

información recibida, los efectos del tratamiento o la relación con los profesionales).

- Revisión sistemática²⁴ realizada en 2007, de estudios cuantitativos y cualitativos, sobre el dolor músculo-esquelético crónico procedentes de nueve bases de datos internacionales, encuentra que los pacientes esperan:

- Un diagnóstico claro sobre su problema y que éste se apoye en pruebas complementarias.
- Un tratamiento efectivo que elimine el dolor y le permita reasumir sus actividades y ocupaciones.
- Ser escuchados con confianza y no sometidos a culpabilización o a sospechas de que sus quejas son exageradas o fingidas.



conclusiones del análisis de situación

1. A pesar de la variabilidad de los estudios epidemiológicos, se constata que el dolor es un problema muy frecuente en todas las áreas que abarca el Plan. Se estiman cifras entre el 50% y el 75%. Posiblemente la presencia real de dolor en la población está infraestimada.

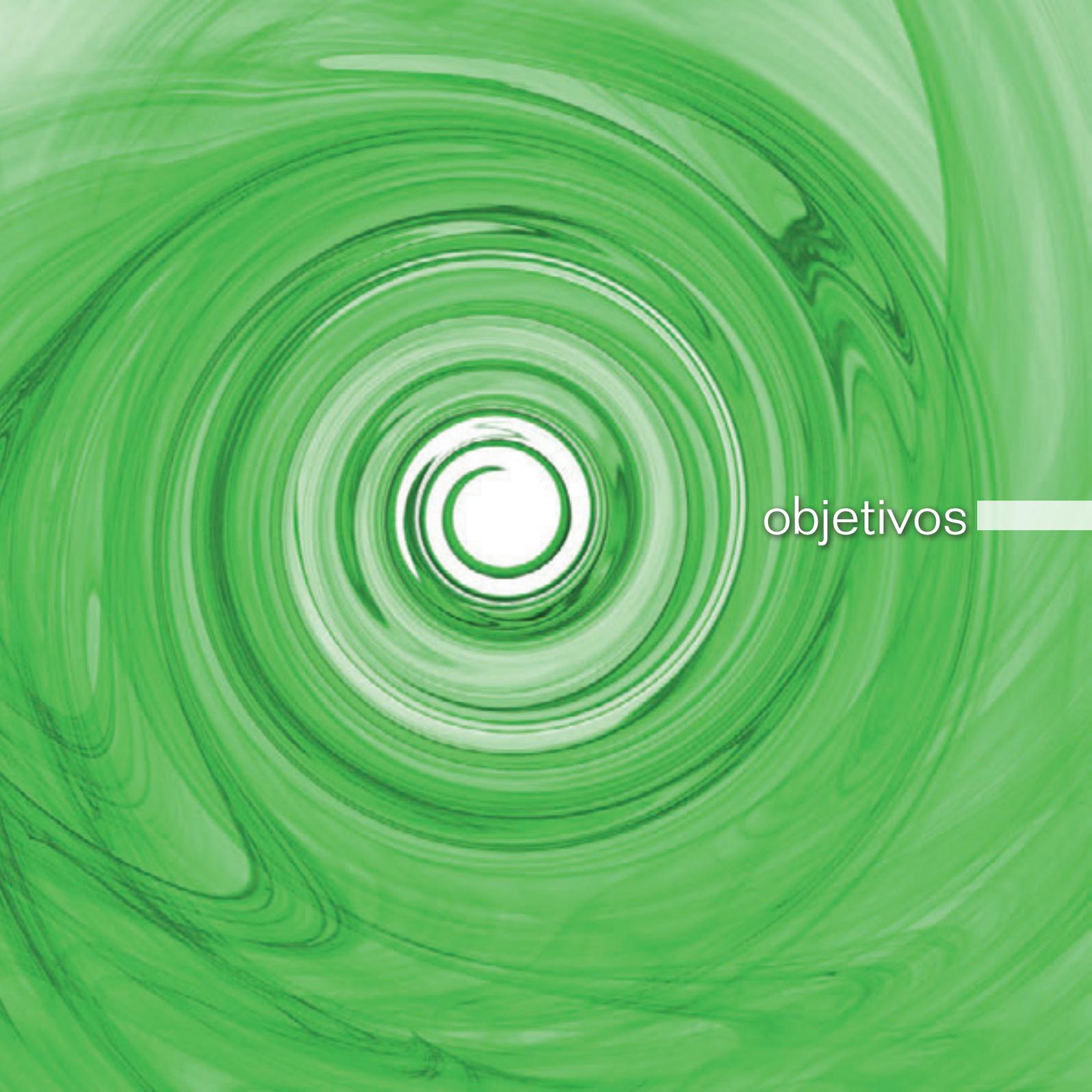
2. Los recursos para el abordaje del dolor son heterogéneos, con distintos modelos organizativos y dependencia funcional; con distinta dotación y capacitación de los profesionales así como desigualdades en el acceso.

3. Tanto la valoración como el tratamiento del dolor presentan insuficiencias por factores dependientes de:

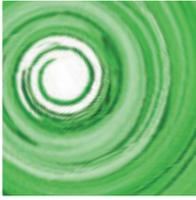
- Los profesionales: actitud pasiva, pensamientos erróneos sobre el dolor, sus consecuencias o sobre los tratamientos existentes; falta de formación o de investigación sólida en algunos aspectos relacionados con la evaluación o el tratamiento del dolor o complejidad de los cuadros dolorosos.
- La organización sanitaria: ausencia de una taxonomía común y consensuada; falta de sistemas de registros adecuados o falta de directrices y procedimientos organizativos comunes.
- Los pacientes: actitudes pasivas, pensamientos erróneos sobre el dolor o sus tratamientos o dificultades de comunicación.

4. Los pacientes con dolor agudo, como con dolor crónico o de causa médica desconocida, expresan necesidades y expectativas relacionadas con un diagnóstico claro, un tratamiento eficaz y una comunicación y trato interpersonal que cuide aspectos de escucha, credibilidad, confianza y participación en la toma de decisiones sobre sus problemas.

5. Aunque se constatan amplias lagunas de conocimiento en los aspectos que el Plan abarca (Anexo 6), existen en la actualidad procedimientos de evaluación, de tratamiento y organizativos, que han demostrado su eficacia y efectividad para prevenir o paliar el dolor y sus consecuencias (personales y sanitarias) que obligan a asumir el compromiso ético de abordar el dolor y el sufrimiento que provoca la enfermedad así como el dolor evitable que se deriva de la realización de determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos.



objetivos

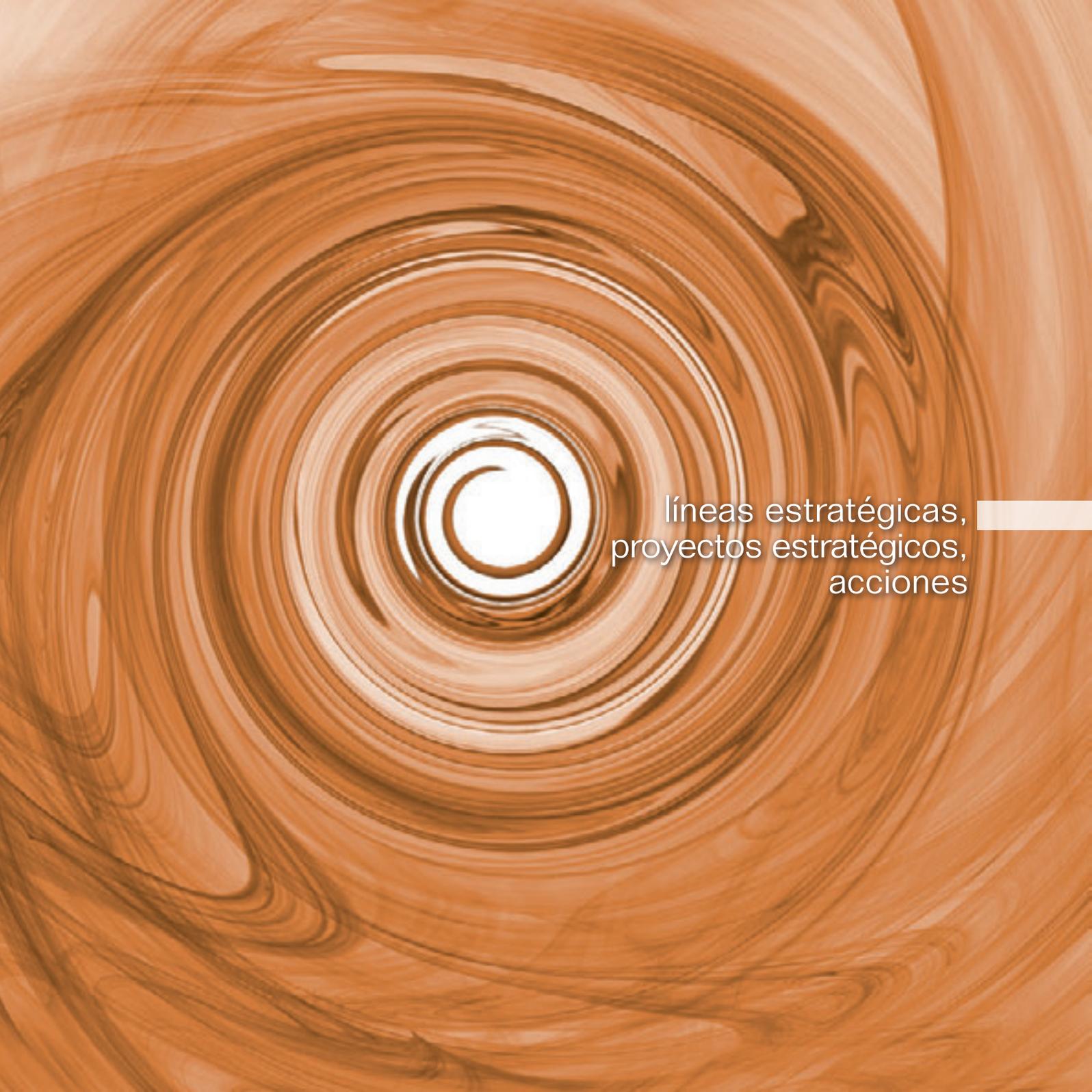


objetivos

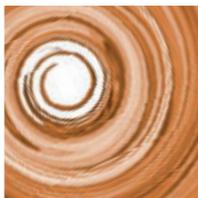
El Sistema Sanitario Público de Andalucía a través del Plan Andaluz de Atención al Dolor contempla una serie de actuaciones dirigidas a dar respuesta a las necesidades sanitarias en relación a la atención al dolor en la población andaluza. Para ello es necesario una reorientación de los dispositivos, espacios y recursos

asistenciales relacionados, al tiempo que un mayor compromiso de los profesionales y de la ciudadanía ante la enfermedad y las personas enfermas, aspectos que se pretenden abordar a través de la consecución de los siguientes objetivos:

- Promover en el SSPA, así como en otros proveedores privados de salud, el abordaje integral del dolor para lograr una sociedad libre de dolor.
- Incorporar la política del dolor como estrategia transversal en el SSPA, integrándola en los valores y principios básicos del sistema y los profesionales que la componen.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados; con especial énfasis en grupos vulnerables como los menores, las personas mayores, personas con dificultades de comunicación, con trastorno mental o personas institucionalizadas.
- Impulsar la participación de la ciudadanía andaluza como agente activo ante la prevención o manejo de dolor.
- Potenciar la alianza de los profesionales ante el desarrollo de una política integral de abordaje del dolor en la población.



líneas estratégicas,
proyectos estratégicos,
acciones



línea estratégica 1

INCORPORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR COMO UN VALOR ÉTICO EN EL SSPA

Es necesario establecer un compromiso que propicie el marco necesario para la buena práctica clínica en la atención a las personas con dolor en todas sus vertientes, entendida ésta de forma amplia, ya que repercutirá en el bienestar del enfermo y en sus derechos.

Nuestra organización ha llevado a cabo en estos últimos años estrategias en relación a resolución en conflictos éticos de relevancia, planes asistenciales de especial contenido ético, así como la elaboración de un Anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, que sitúa a nuestra comunidad como una comunidad sensible a este marco. Las connotaciones del dolor y su vivencia en la ciudadanía obligan a abordar el dolor bajo esta perspectiva en la globalidad de esta estrategia.

1. Incorporar la atención al dolor como un valor en la organización.

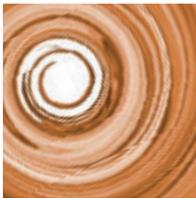
Así, deberá estar presente de manera continuada en la totalidad de las decisiones clínicas de los profesionales que atienden a pacientes con dolor.

- Establecer un plan en los centros promovido por el equipo directivo y cuyo ámbito de actuación sea la totalidad de los profesionales del

centro (profesionales asistenciales, no asistenciales y directivos) para:

- Fomentar la protección del derecho del paciente a no sufrir innecesariamente.
- Potenciar y promover el seguimiento del dolor en la relación clínica profesional/paciente.

- Establecer alianzas estratégicas con facultades y escuelas de ciencias de la salud, colegios profesionales y sociedades científicas para abordar desde estos ámbitos la necesidad de una atención integral al dolor.



2. Incorporación la estrategia del dolor desde los ámbitos de las decisiones de la bioética hasta la alta dirección reforzando el avance de la organización hasta la excelencia.

La protección de la persona es un derecho como parte del fomento de su calidad de vida, por tanto es una firme apuesta la de nuestro sistema sanitario para por proteger al ciudadano de este padecimiento.

- Establecer una estrategia para garantizar la atención a las personas con dolor en las futuras estrategias sanitarias del SSPA que aborden aspectos éticos.

- Promover en la Comisión de Bioética del SSPA la valoración de los aspectos éticos en el seguimiento del dolor en nuestra comunidad.

- Establecer los mecanismos para asegurar las connotaciones éticas del dolor en las estructuras de decisión del SSPA.

- Promover programas corporativos en relación al abordaje ético del dolor.

línea estratégica 2

ESTABLECER UNA ESTRATEGIA ACTIVA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LA PERSONA CON DOLOR, GARANTIZANDO LA COORDINACIÓN Y LA CONTINUIDAD EN EL SSPA

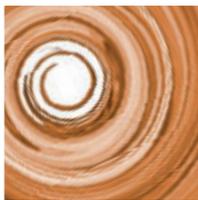
Dado el abordaje multidisciplinar y multimodal que precisa la atención del dolor en el paciente y con el fin de poder acceder con equidad a los recursos asistenciales disponibles, se considera prioritario situar en el entorno de la coordinación con otros planes y estrategias de salud esta política sobre el abordaje del dolor en nuestra comunidad.

Con este fin se establecen los siguientes proyectos y acciones.

3. Impulsar la creación de un comité técnico asesor andaluz para el impulso y seguimiento del Plan.

Se creará un comité de carácter técnico asesor dependiente de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud cuyas principales funciones serán:

- Colaborar en el impulso y seguimiento de la implantación del Plan, así como en la evaluación de la misma.

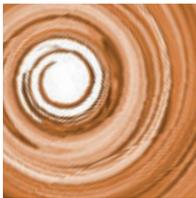


- Evaluar y proponer desarrollos complementarios al Plan en función de los cambios científicos técnicos que se vayan generando.
- Asesorar a los órganos de dirección de la Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud y Empresas Públicas para lograr la implementación efectiva del Plan.
- Definir y proponer indicadores y estándares relacionados con el abordaje del dolor; así como criterios homogéneos de atención sanitaria.
- Velar por la coordinación efectiva de las acciones vinculadas a los distintos Planes y Estrategias Autonómicas directamente relacionadas con el dolor en la población andaluza: Plan Integral de Oncología de Andalucía, Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, la Estrategia para la Seguridad del Paciente, el Plan Integral Andaluz de Salud Mental, así como otras Estrategias o Planes que pudieran surgir en el futuro.

4. Garantizar a través de las comisiones clínicas de los centros el manejo integral del dolor en el ámbito local.

Se trata de mejorar el seguimiento del dolor en el ámbito local, fortaleciendo el trabajo multidisciplinar de equipo, y garantizando la comunicación entre las distintas unidades de gestión clínica del SSPA y comisiones clínicas que corresponda.

- Incluir la estrategia del dolor en las comisiones de seguridad y calidad o en las que corresponda según los centros.
- Instaurar el seguimiento del dolor perioperatorio en las comisiones quirúrgicas existentes en la atención hospitalaria.
- Promover el desarrollo de protocolos y guías interdisciplinares sobre analgesia en las comisiones de farmacia.
- Incorporar el seguimiento del dolor en poblaciones vulnerables a las comisiones de cuidados de área e interniveles.



línea estratégica 3

GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD, ADECUADA A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CON DOLOR FAVORECIENDO LA ACCESIBILIDAD Y LA PERSONALIZACIÓN

Se pretende dar una respuesta profesional científica, humana y adaptada a las necesidades de las personas que presentan dolor y a sus familiares o cuidadores, así como dimensionar los recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades de la población en los distintos aspectos que aborda el plan.

En relación a ellos se desarrollan los siguientes proyectos y sus acciones.

5. Incorporar el manejo efectivo del dolor a la cartera de servicios del SSPA.

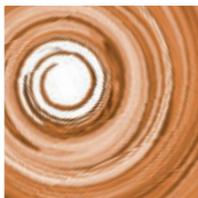
La prestación de servicios para prevenir y tratar el dolor debe ser considerada desde los niveles de decisión estratégica del SSPA, incorporando la atención al dolor como servicio básico e integral en la cartera de servicio.

- Dar carta de naturaleza a la atención al dolor, que se viene proporcionando como una prestación básica y común del SSPA.
- Incorporar buenas prácticas y objetivos específicos relacionados con el abordaje del dolor e indicadores de evaluación de resultados en salud en los cuadros de mandos de los centros y unidades de gestión.

6. Reorganizar los recursos sanitarios del SSPA para prestar una atención integral y continuada a la persona con dolor.

La atención integral al paciente con dolor requiere de una nueva organización de los recursos sanitarios basadas en la Atención Primaria, y apoyada por recursos específicos hospitalarios, dentro del marco de las Unidades de Gestión Clínica, para dar respuesta a los distintos niveles de complejidad.

- Realizar el análisis exhaustivo y el seguimiento y evaluación permanentes de la cartera de servicios ofertada, para establecer los estándares que permitan garantizar la accesibilidad, la adecuación, la equidad y la continuidad de cuidados.
- Adecuar los recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades de la población en los distintos aspectos que aborda el Plan en cuanto a composición, profesionales, funcionamiento, cartera de servicios y circuitos de derivación.
- Implantar progresivamente la cartera de servicios básica definida para el manejo efectivo del dolor, basada en las necesidades y demandas de la población, el conocimiento científico y ajustada a la realidad, cultural, demográfica,



y social, al tiempo que se va actualizando en función de las necesidades de la población. La definición de esta cartera de servicios está reflejada en la **página 54**.

- Asegurar que la cartera de servicio incorpora progresivamente procedimientos terapéuticos complementarios, como la acupuntura, con indicaciones basadas en la evidencia y realizadas por los profesionales que tratan integralmente al paciente con dolor.

- Redefinir los circuitos de derivación y facilitar la cobertura ágil de las necesidades de medicamentos para el dolor y su disponibilidad por los profesionales, y personas con dolor cumpliendo, en cualquier caso, los requerimientos legales de dispensación.

- Incorporar los estándares de calidad, en relación a la atención integral del dolor a la estrategia de acreditación de los centros sanitarios y UGC del SSPA.

7. Desarrollar el abordaje del dolor en el marco de las estrategias de la organización: procesos asistenciales, planes integrales de salud y estrategia de cuidados.

La atención al dolor queda centrada en el marco de la gestión por procesos asistenciales integrados, lo que garantiza la estandarización de la asistencia y la continuidad de la misma. La gestión de los cuidados contribuye a la personalización de esa asistencia.

- Actualizar el PAI dolor crónico no oncológico⁵ incorporando las nuevas dimensiones: seguridad del paciente, uso racional de medicamentos, cuidados enfermeros basados en resultados, prácticas avanzadas de enfermería, integración de la dimensión de género.

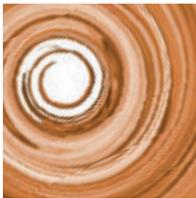
- Incorporar sistemáticamente, en cada uno de los procesos asistenciales integrados que se vayan actualizando, las nuevas dimensiones vinculadas al dolor con un enfoque multidisciplinar y multimodal (tratamientos farmacoterapéuticos, físicos, psicoterapéuticos, etc.), así como el seguimiento protocolizado en las actuaciones farmaco-terapéuticas por parte de los profesionales de enfermería para favorecer una respuesta integral ante el dolor.

- Elaborar el Subproceso dolor perioperatorio en la actualización del Proceso de Soporte Bloque Quirúrgico.

- Impulsar la implantación de los PAI relacionados con el dolor.

- Establecer procedimientos explícitos para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos relacionados con el dolor, identificando los medicamentos de alto riesgo y las prácticas seguras vinculadas al dolor.

- Promover el desarrollo de guías de práctica clínica, recomendaciones farmaco-terapéuticas y otras herramientas de ayuda a la toma de decisiones, que faciliten el tratamiento adecuado del dolor.



- Elaborar documentos de apoyo sobre el dolor evitable asociado a procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos; un catálogo de intervenciones quirúrgicas relacionadas con dolor evitable priorizadas y un catálogo de procedimientos menores y las principales actuaciones para evitar el dolor y la ansiedad en estas situaciones.

8. Desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje del dolor en grupos de población vulnerable.

La atención al dolor debe ser abordada de forma singular en grupos de pacientes especialmente vulnerables por sus características específicas. Especial atención deben tener aquellos grupos con dificultades en la comunicación.

- Elaborar una guía de buenas prácticas de actuación en el dolor para la atención de pacientes que viven en centros residenciales de mayores, dependientes de distintas instituciones públicas o centros privados, que aseguren los niveles de calidad que se propone para el conjunto de las personas que viven en Andalucía.

- Desarrollar protocolos y guías para la valoración y abordaje del dolor en pacientes con dificultades de comunicación.

- Elaboración de recomendaciones farmacoterapéuticas específicas para la atención al dolor en la infancia.

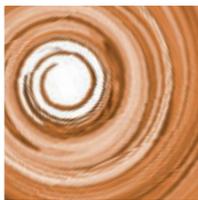
- Desarrollar guías para la valoración del dolor en pacientes con trastorno mental.

línea estratégica 4

POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR FOMENTANDO UNA CULTURA Y ACTITUD PROACTIVA MEDIANTE LA INFORMACIÓN, LA COMUNICACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN

La participación, información y comunicación, sin duda permiten adaptar la atención sanitaria a las necesidades de los pacientes y de sus familias, mejorar la toma de decisiones y abrir la puerta al autocuidado y al protagonismo del paciente.

Para obtener los mayores beneficios necesitan por un lado conocer bien el proceso que les afecta, las posibilidades de control y autocuidado, y las ventajas, inconvenientes y costes de las distintas opciones de tratamiento y por otro, las habilidades ne-



cesarias para poner en práctica estos conocimientos.

Para satisfacer estas necesidades y expectativas comienzan a aparecer desde hace unos años, experiencias de aplicación de programas de autocuidados en enfermedades crónicas a nivel nacional o local en países como Estados Unidos²⁶ o Reino Unido²⁷.

Su evaluación permite afirmar que la educación a pacientes/familiares con contenidos específicos sobre el dolor en programas de autocuidados (automanejo, autoayuda o pacientes expertos) incrementa la autoconfianza y la percepción de autocontrol de la enfermedad, aumenta la satisfacción, mejora la calidad de vida, y disminuye de forma modesta los síntomas físicos/psicológicos a largo plazo, con una posible disminución del consumo de recursos sanitarios (consultas, pruebas complementarias, efectos adversos de fármacos).

Los proyectos a desarrollar en esta línea estratégica, se establecen a continuación.

9. Definir y desarrollar un plan de comunicación e información sobre el dolor.

Se trata de establecer una serie de acciones encaminadas a informar a la sociedad en general y a las personas con dolor y a sus cuidadores en particular sobre el dolor,

como abordarlo y los recursos del SSPA.

- Elaborar un plan de comunicación e información. Incluirá al menos:

- Materiales generales dirigidos a la ciudadanía.
- Materiales específicos estandarizados, con enfoque multidisciplinar dirigidos a los grupos más vulnerables que aborda el Plan.

- Proponer la difusión, a través de Salud 24 horas, informarse.es y otras plataformas, de determinados contenidos sobre el dolor.

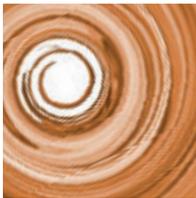
- Realizar una guía de información a la ciudadanía sobre la atención a personas con dolor.

- Asegurar la incorporación de la perspectiva de género en todas las iniciativas que se generen en este Plan.

10. Incorporar la atención integral a las personas con dolor en los servicios de atención al ciudadano.

La atención al dolor debe comenzar en la gestión de los procesos administrativos, implicando a los SAC como recursos claves en el recorrido de la persona por el SSPA:

- Reorientar los Servicios de Atención al Ciudadano para la implantación a nivel local de las estrategias de atención a las personas con dolor.



- Proponer la incorporación de preguntas a la encuesta de satisfacción de los ciudadanos, que se realizan por los diferentes proveedores de la atención sanitaria en el SSPA.
- Realizar un banco de preguntas y respuestas sobre dolor a disposición de la ciudadanía en Salud Responde, donde a través del servicio Salud 24 horas se de respuesta continuada a la población.
- Desarrollar un banco de expectativas de pacientes y cuidadoras sobre la atención al dolor.

11. Incorporar al plan de participación ciudadana elementos que aseguren la inclusión de la estrategia de atención al dolor en el SSPA

- Elaborar una guía para potenciar el auto-

cuidado en el ciudadano en relación a la prevención y manejo del dolor.

- Incorporar a la cartera de servicios de la Escuela de Pacientes actividades vinculadas al dolor crónico.
- Elaborar guías e instrumentos para facilitar la toma de decisiones, dirigidas a los pacientes y familiares.
- Incluir en el banco de expectativas de pacientes y cuidadoras los aspectos relacionados con la atención al dolor.

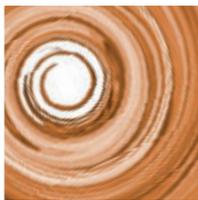
línea estratégica 5

POTENCIAR LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL DOLOR EN TODOS LOS PROFESIONALES DEL SSPA IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN AL DOLOR.

La formación tiene reconocido un lugar importante en la organización sanitaria y se configura como un factor determinante en la calidad de nuestros servicios, es por esto que los profesionales del SSPA, deben disponer de una formación adecuada en el abordaje del dolor, orientada hacia la adquisición y el manteni-

miento de las competencias necesarias para el correcto desempeño profesional, que abarque todas las etapas formativas (grado, postgrado y formación continuada).

Con el fin de avanzar en la adquisición de competencias de los profesionales en el abordaje efectivo del dolor y dotarles de las herramien-



tas necesarias para su ejercicio se establecen los siguientes proyectos.

12. Definir y desarrollar la estrategia formativa específica para los profesionales del SSPA vinculados con la atención al dolor.

El abordaje del dolor requiere la formación específica tanto en nivel básico como avanzado de los distintos profesionales que están implicados en la atención a las personas con dolor.

Los programas formativos deben tener como objetivo específico incrementar las competencias profesionales para el abordaje del dolor. Por otro lado, la totalidad de programas formativos en salud, deben incluir entre sus objetivos fundamentales el dolor como un problema a tener en cuenta.

- Diseñar el Programa de formación para la atención a personas con dolor abarcando todas las etapas formativas de los profesionales, desde formación pregrado a formación continuada.
- Incorporar al Programa Común Complementario de Especialistas Internos Residentes de Andalucía (PCCEIR) las competencias básicas que sobre el dolor deben adquirir los profesionales que inician su formación especializada en el SSPA.
- Elaborar e implantar un programa de formación para la adquisición de competencias clave para el alumnado de grado, en prácticas en nuestras instituciones sanitarias.

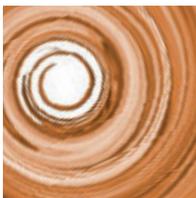
- Impulsar la evaluación del impacto de las actividades formativas realizadas tanto en grado, especializada y continuada.

- Fomentar acciones formativas específicas sobre el manejo del dolor en la infancia.

13. Desarrollar la estrategia de acreditación de profesionales y de actividades de formación en el SSPA en relación a la atención a las personas con dolor.

La acreditación de profesionales y de actividades y programas de formación continuada se relacionan con la calidad y la excelencia del trabajo realizado, permiten incorporar la mejora desde su inicio y es un instrumento esencial que hay que incorporar a este Plan.

- Identificar en los distintos colectivos profesionales implicados en la atención del dolor, las competencias específicas y buenas prácticas necesarias para su correcto manejo.
- Promover estrategias que generen cultura de acreditación de las actividades formativas que, sobre el dolor, desarrollan todas las instituciones que participan de la formación de las / los profesionales (instituciones públicas y privadas, universidad, sociedades científicas etc).
- Actualizar los mapas de competencias de los profesionales, en relación a las competencias clave en la atención a personas con dolor.



línea estratégica 6

IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN EL MANEJO EFECTIVO DEL DOLOR

La investigación es una actividad clave que aporta nuevos conocimientos para mejorar la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedades que cursan con dolor, haciendo posible al aplicar dichos conocimientos, garantizar los derechos a la salud de los ciudadanos tal y como se recogen en las leyes y normas tanto de ámbito nacional como autonómico. Sin duda, avanzar en estos aspectos posibilita incorporar en nuestro sistema nuevos elementos para garantizar esta cobertura en la población.

14. Fomentar la generación del conocimiento nuevo en el ámbito del dolor.

El avance en el manejo de la problemática del dolor se sustenta en la generación, transferencia y aplicación del conocimiento disponible para garantizar un abordaje de máxima calidad científico técnica.

- Generar un lenguaje común e integrador de las distintas disciplinas que participan en el manejo del dolor.
- Elaborar un catálogo de líneas de investigación prioritarias en la atención a personas con dolor.
- Impulsar en las convocatorias de financiación

pública las líneas de investigación relacionadas con el dolor, en particular las relacionadas con:

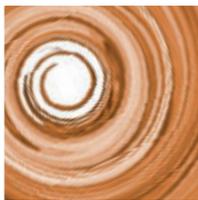
- la evaluación y el abordaje multimodal, multidisciplinar y continuado del dolor.
- el manejo del dolor durante procedimientos terapéuticos o diagnósticos.
- efectividad y eficiencia de distintos modelos, recursos, intervenciones no farmacológicas o/y complementarias para la atención al dolor.

- Impulsar la creación de grupos de trabajo formales de investigación de ámbito autonómico con los objetivos fundamentales de incorporar la investigación como un área cotidiana de actividad, y estimular la cooperación entre los diferentes equipos y servicios.

- Identificar vías de financiación para el desarrollo de los diferentes proyectos (convocatorias públicas internacionales, nacionales, autonómicas).

15. Promover la innovación y las nuevas TIC como instrumento de mejora de la atención a las personas con dolor.

La mejora de la accesibilidad así como la excelencia en la prestación del servicio en el SSPA, hace necesario seguir avanzando en incorpo-



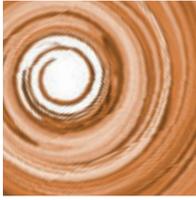
rar las nuevas tecnologías en el desarrollo del abordaje de la persona con dolor. Se trata de incorporar la política del dolor en el nuevo marco integral de relación con la ciudadanía mediante la adaptación de los distintos sistemas de la información y comunicación. Las acciones a desarrollar serán:

- Incorporar el uso de tecnologías que permitan contribuir al abordaje del dolor de pacientes alejados de los centros sanitarios, como el uso de la telemedicina o sistemas de evolución de dolor en domicilios.

- Identificación de agentes sanitarios activos ante el dolor así como profesionales expertos y líderes de opinión.

- Incorporación de la estrategia del dolor a las distintas proyectos innovadores existentes en nuestro sistema como el portal de salud, el observatorio de prácticas innovadoras en el manejo de enfermedades crónicas (OPIMEC), mundo de estrellas, Asistente Virtual, etc.

- Promover el seguimiento de la estrategia del dolor en la población andaluza en los distintos Observatorios existentes en la organización.



líneas estratégicas, proyectos y cronograma de actuación

• Línea estratégica 1: incorporar la atención al dolor como un valor ético en el SSPA

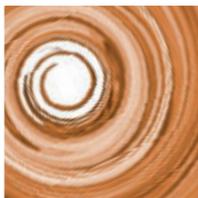
- Incorporar la atención al dolor en el ciudadano como un valor en la organización.
- Incorporar la estrategia del dolor, desde los ámbitos de las decisiones de la bioética hasta la alta dirección, reforzando el avance de la organización hacia la excelencia.

• Línea estratégica 2: establecer una estrategia activa de intervención integral en las personas con dolor, garantizando la continuidad en el SSPA

- Impulsar la creación de un comité técnico asesor andaluz para el impulso y seguimiento del plan.
- Garantizar a través de las comisiones clínicas de los centros el manejo integral del dolor en el ámbito local.

• Línea estratégica 3: garantizar una atención sanitaria de calidad, adecuada a las necesidades de la persona con dolor y favoreciendo la accesibilidad y personalización

- Incorporar el manejo efectivo del dolor a la cartera de servicios del SSPA.
- Reorganizar los recursos sanitarios del SSPA para prestar una atención integral y continuada a la persona con dolor.
- Desarrollar el abordaje del dolor en el marco de las estrategias de la organización: procesos asistenciales, planes integrales de salud y estrategia de cuidados.
- Desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje del dolor en grupos de población vulnerable.



• **Línea estratégica 4: potenciar la participación de la ciudadanía en el manejo del dolor, fomentando una cultura y actitud proactivas mediante la información la comunicación y la participación**

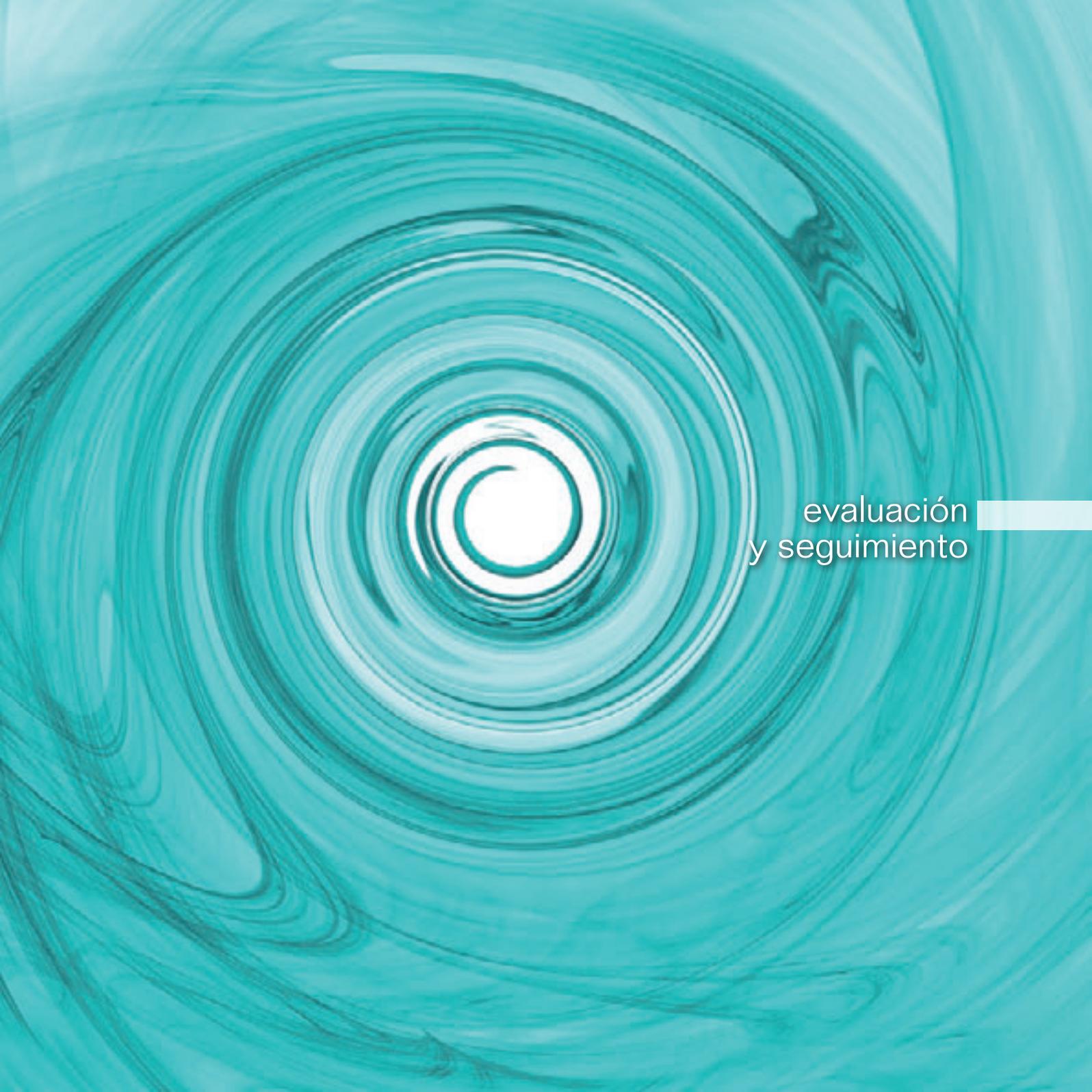
- Definir y desarrollar un plan de comunicación e información sobre el dolor.
- Incorporar la estrategia de la atención integral a las personas con dolor en los servicios de atención al ciudadano.
- Incorporar al plan de participación ciudadana elementos que aseguren la inclusión de la estrategia de atención al dolor en el SSPA.

• **Línea 5: potenciar la transferencia del conocimiento, sobre el dolor, en todos los profesionales del SSPA implicados en la atención al dolor**

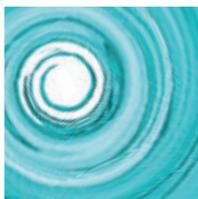
- Definir y desarrollar la estrategia formativa específica para los profesionales del SSPA vinculados con la atención al dolor.
- Desarrollar la estrategia de acreditación de profesionales y de actividades de formación en el SSPA en relación a la atención a las personas con dolor.

• **Línea estratégica 6: impulsar la investigación e innovación en el manejo efectivo del dolor**

- Fomentar la generación del conocimiento nuevo en el ámbito del dolor.
- Promover la innovación y las nuevas TIC como instrumento de mejora de la atención a las personas con dolor.



evaluación
y seguimiento



Para asegurar el cumplimiento de las acciones antes mencionadas, de forma análoga a otros Planes, se procederá a la evaluación y seguimiento de los objetivos definidos, que se efectuará anualmente y al final de la vigencia del Plan.

En nuestra comunidad éste es el primer documento estratégico vinculado a la atención del dolor. Las limitaciones actuales en los sistemas

de información hacen que la evaluación inicial esté vinculada a indicadores de proceso y otros indicadores intermedios y no a indicadores de resultados finales que se irán incorporando en la medida que lo permitan los registros.

A continuación, se establecen para cada una de las líneas estratégicas definidas, resultados esperados.

línea estratégica 1

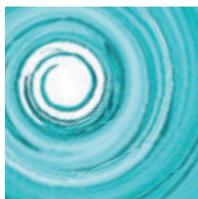
INCORPORAR LA ATENCIÓN AL DOLOR COMO UN VALOR ÉTICO EN EL SSPA

1. Evaluación del número de centros asistenciales que han establecido un plan para fomentar la protección del derecho del paciente a no sufrir y potenciar y promover el seguimiento del dolor en la relación clínica profesional/paciente. **1º semestre 2012 y 2º semestre 2013.**

línea estratégica 2

ESTABLECER UNA ESTRATEGIA ACTIVA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LA PERSONA CON DOLOR, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD

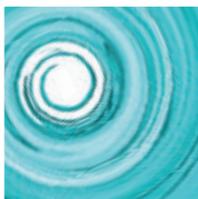
2. Comité Técnico asesor del PAAPD operativo en el primer semestre de vigencia del Plan. **2º semestre 2010.**



línea estratégica 3

GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD, ADECUADA A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CON DOLOR Y FAVORECIENDO LA ACCESIBILIDAD Y PERSONALIZACIÓN

3. Análisis periódicos que permitan planear estándares que homogenicen la atención sanitaria. Semestralmente.
4. Cartera de servicios básica definida. **2º semestre 2010.**
5. Definición de circuitos de derivación de pacientes entre los distintos niveles asistenciales. **1º semestre 2011.**
6. Constitución progresiva de Grupos de desarrollo operativos para la implantación de los Procesos relacionados con el dolor en relación al total de grupos de desarrollo constituidos y operativos durante el año. **2011.**
7. Actualización del Proceso de soporte Bloque quirúrgico elaborado con el subproceso Dolor Perioperatorio. 2º semestre **2010.**
8. Evaluación del nº de profesionales de enfermería acreditados para el seguimiento protocolizado en las actuaciones farmacoterapéuticas para el dolor, a partir de la publicación del Decreto de Actuación Enfermera en el Ámbito de la Prestación Farmacéutica de 21 de julio de 2008. **1º semestre 2012.**



línea estratégica 4

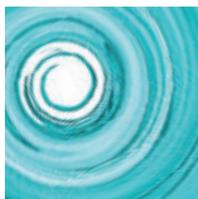
POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR, FOMENTANDO UNA CULTURA Y ACTITUD PROACTIVAS MEDIANTE LA INFORMACIÓN LA COMUNICACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN

9. Incorporación efectiva de ítems específicos a las diferentes encuestas que permitan conocer la tendencia de satisfacción. **1° semestre 2012.**
10. Incorporación efectiva a la cartera de servicios de la Escuela de pacientes del dolor crónico. **1° semestre 2012.**
11. Elaboración de al menos una guía dirigida a pacientes, de ayuda en la toma de decisiones en el tratamiento farmacoterapéutico del dolor. **2° semestre 2012.**

línea estratégica 5

POTENCIAR LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL DOLOR EN TODOS LOS PROFESIONALES DEL SSPA IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN AL DOLOR

12. Incorporación a los PAI que correspondan las competencias específicas implicadas en la atención a las personas con dolor. **Desde el 2010 de forma progresiva.**
13. Mapas de competencias actualizados incorporando las competencias clave en la atención a las personas con dolor. **1° semestre 2011.**
14. Programa de formación definido. **2° semestre 2012.**
15. Evaluación del n° de actividades de formación continuada acreditadas, vinculadas a la atención a las personas con dolor, en relación al total de solicitadas durante **el periodo 2010-2013.**
16. Evaluación del n° de profesionales que han recibido formación acreditada durante el periodo de vigencia del plan, en relación con el total de profesionales. **2013.**



línea estratégica 6

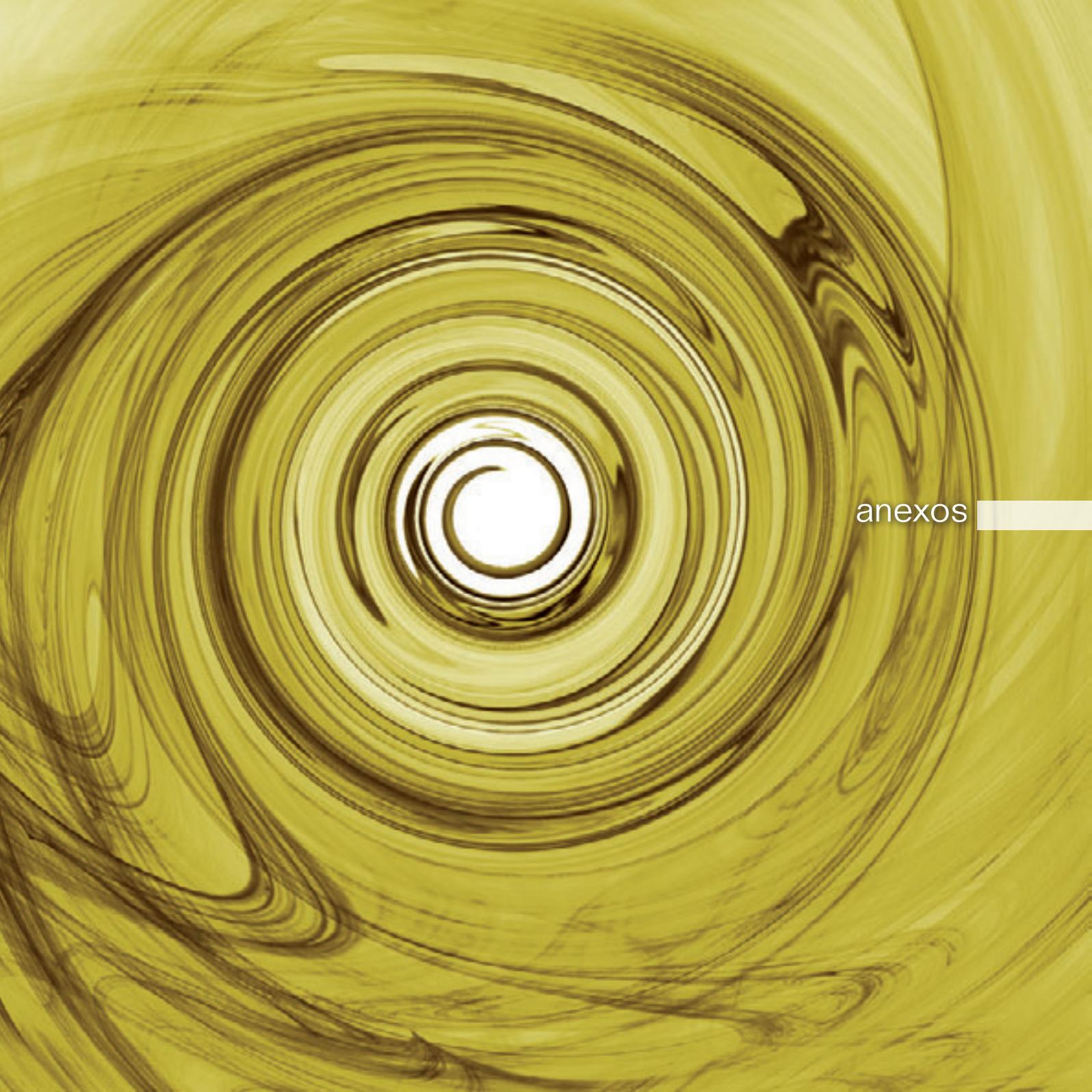
IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN EL MANEJO EFECTIVO DEL DOLOR

- 17. Taxonomía multidisciplinar elaborada. **1º semestre 2013.**
- 18. Catálogo de líneas de investigación elaborado. **1º semestre 2011.**
- 19. Evaluación del número de proyectos de investigación en el dolor financiados anualmente por diversas vías (convocatorias públicas internacionales, nacionales, autonómicas). **Anualmente.**
- 20. Evaluación de la incorporación de los proyectos estratégicos de este Plan a las distintas plataformas innovadoras. **Anualmente.**

CRONOGRAMA

Resultados	2010	2011	2012	2013
Resultado 1			1 ^{er} Semest.	2º Semest.
Resultado 2	2º Semest.	1 ^{er} Semest.		
Resultado 3	2º Semest.	2º Semest.		2º Semest.
Resultado 4	2º Semest.			
Resultado 5		1 ^{er} Semest.		
Resultado 6		1 ^{er} Semest.	2º Semest.	
Resultado 7	2º Semest.			
Resultado 8			1 ^{er} Semest.	
Resultado 9			1 ^{er} Semest.	
Resultado 10			1 ^{er} Semest.	
Resultado 11				2º Semest.
Resultado 12	2º Semest.	1 ^{er} Semest.	2º Semest.	1 ^{er} Semest.
Resultado 13		1 ^{er} Semest.		
Resultado 14				2º Semest.
Resultado 15	2º Semest.	1 ^{er} Semest.	2º Semest.	1 ^{er} Semest.
Resultado 16				1 ^{er} Semest.
Resultado 17				2º Semest.
Resultado 18		1 ^{er} Semest.		
Resultado 19			2º Semest.	2º Semest.
Resultado 20		1 ^{er} Semest.		1 ^{er} Semest.





anexos



propuesta de recursos para la atención a las personas con dolor

Recursos de atención al dolor crónico*

- Atención Primaria

Se propone que exista una respuesta, multimodal y multidisciplinar, a las personas con dolor crónico oncológico y no oncológico por los profesionales de AP, médico de familia/enfermera de familia/enfermera gestora de casos/trabajo social con el apoyo del equipo rehabilitador (médico rehabilitador/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional) y los facultativos de la Unidad de Salud mental Comunitaria.

Se trata de abordar las terapias centradas en el ejercicio, la actividad física, y la terapia ocupacional dirigidas a preservar o aumentar la capacidad funcional, las terapias psicológicas dirigidas a reducir el impacto psicoemocional y las terapias farmacoterapéuticas. Se deberá potenciar el trabajo en el domicilio del paciente con dolor, fundamentalmente en aquellos casos de dolor invalidante o pacientes con dificultades para ser atendidos en el Centro de AP.

Se quiere garantizar la correcta evaluación y la elaboración de un correcto plan terapéutico que tenga en cuenta el abordaje multimodal.

Se dispondrá de espacio físico para la reali-

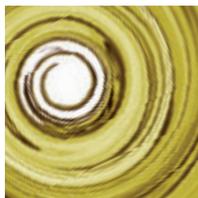
zación de las técnicas mínimamente invasivas ambulatorias que se detallan en la cartera de servicios y se contará con un hospital de referencia para las personas que no han adquirido el adecuado control y pueden requerir otras técnicas invasivas ambulatorias y/o técnicas con dispositivos complejos que requieren procedimientos quirúrgicos.

Los profesionales dispondrán de competencias para un abordaje multidisciplinar y multimodal del dolor crónico, Incluyendo el apoyo psicológico para el dolor de origen oncológico y no oncológico.

CARTERA DE SERVICIOS

- Valoración clínica inicial del dolor, de la capacidad funcional y del distress psicológico.
- Indicación y seguimiento del tratamiento farmacológico.
- Consejo sobre hábitos saludables y conductas adaptativas al dolor
- Sesiones de psicoeducación individuales o en grupo (definidas en PAI Dolor crónico no oncológico).

* Definición de dolor crónico tomada del PAI DCNO: 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.



- Organización y seguimiento de grupos de autoayuda.
- Mantenimiento de dispositivos implantables (infusión de opioides)
- Infiltraciones articulares.
- Cinesiterapia libre y asistida
- Facilitar programas de ejercicio físico terapéutico.
- Valorar la posible adaptación del entorno (vivienda y utensilios de uso cotidiano) al déficit funcional del paciente.
- Ayudas técnicas para compensación de discapacidades (órtesis o férulas).
- Aplicación de técnicas de terapias complementarias, como la acupuntura, de implantación progresiva, y en relación a las indicaciones del conocimiento disponible.
- Técnicas de protección articular y dispositivos de ayuda a actividades de la vida diaria.
- Electroterapia: TENS y onda corta.
- Evaluación personal y familiar de factores psicológicos en el dolor crónico.
- Terapia de grupo (terapia cognitivo-conductual).
- Apoyo psicoemocional individualizado.

- Hospitales de niveles III y IV (Comarcales)

En estos hospitales y en los equivalentes de las EEPP debe existir una respuesta a las personas con dolor crónico no oncológico de difi-

cil control² y oncológico, por profesionales con capacidad de resolución coordinada, multidisciplinar y multimodal que dispongan de espacio físico para la realización de técnicas invasivas ambulatorias y con un hospital regional o de especialidades de referencia para las técnicas invasivas con dispositivos complejos que requieren procedimientos quirúrgicos.

Se debe garantizar la correcta evaluación y la elaboración de un correcto plan terapéutico que tenga en cuenta el abordaje multimodal.

Se realizará atención en régimen ambulatorio a pacientes que proceden de la AP o de la AH, de su área de referencia, o bien hospitalizados en distintos servicios.

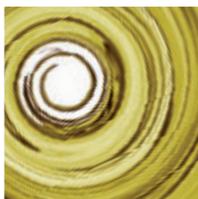
Los profesionales deben disponer de competencias para un abordaje multidisciplinar y multimodal del dolor crónico de difícil control, incluyendo el apoyo psicológico tanto oncológico como no oncológico.

CARTERA DE SERVICIOS

Tratamiento farmacológico

Técnicas ambulatorias

- Bloqueo Nervioso Simpático diagnóstico, pronóstico o terapéutico.
- Bloqueo Nervioso Somático diagnóstico, pronóstico o terapéutico.
- Localización y exploración de puntos gatillo (PG).



- Infiltración con toxina botulínica.
- Bloqueos nerviosos periféricos.
- Bloqueos espinales (Epidurales, Intradurales).
- Bloqueos regionales endovenosos.
- Infiltraciones articulares.
- Venoclisis (goteros con o sin bomba de infusión):
 - Infusión venosa de regitina.
 - Infusión venosa de lidocaina.
- Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS).
- Cuidados quirúrgicos especiales y curas de heridas.
- Técnicas de infusión espinal:
 - Relleno y programación por telemetría de bomba implantable.
 - Relleno de bomba implantable de flujo fijo.
 - Relleno y programación de bomba de infusión ambulatoria externa.
- Técnicas de infusión sistémica (subcutánea o intravenosa)
 - Relleno y programación de bomba electrónica ambulatoria externa.
 - Relleno de dispositivo mecánico de infusión de flujo fijo.

* En el PAI Dolor Crónico No Oncológico se define el dolor crónico de difícil control como el que a los 6 meses de un correcto abordaje multidisciplinar y multimodal (tto farmacológico, fisioterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas, intervención psicoeducativa/psicoterapia y modificaciones de hábitos de vida) la intensidad del dolor medida por la EVN no ha disminuido del 30% de la valoración Inicial

- Hospitales de niveles I y II (Regionales y de Especialidades)

• Unidades de Dolor Crónico

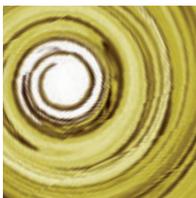
Equipos multidisciplinares ubicados en hospitales regionales y de especialidades (nomenclatura SAS) y equivalentes de EEPP que den respuesta tanto a las personas con dolor crónico no oncológico de difícil control*, como oncológico.

Se debe garantizar la correcta evaluación y la elaboración de un correcto plan terapéutico que tenga en cuenta el abordaje multimodal, por todos los servicios que dan respuesta asistencial a la persona con dolor.

Se realizará atención en régimen ambulatorio a pacientes que proceden de la AP o de la AH, de su área de referencia, o bien hospitalizados en los distintos servicios.

Serán unidades de referencia de hospitales comarcales-HAR, que no van a disponer en su cartera de servicios de determinadas técnicas invasivas con dispositivos complejos que requieren procedimientos quirúrgicos.

Son unidades funcionales dependientes jerárquicamente de la dirección de una Unidad de Gestión Clínica y que realizan atención en régimen ambulatorio de pacientes que proceden de la AP o de la AH, de su área de referencia, o bien hospitalizados en distintos servicios.



Deben disponer de un espacio físico propio y de una cartera de servicios que permita realizar técnicas invasivas ambulatorias y/o técnicas invasivas con dispositivos complejos que requieren procedimientos quirúrgicos.

Deben disponer del nº de profesionales necesarios para dar respuesta a la estimación de la población a asistir.

Los profesionales deben disponer de competencias para un abordaje multidisciplinar y multimodal a las personas con dolor crónico de difícil control, tanto oncológico como no oncológico, Incluyendo el apoyo psicológico.

CARTERA DE SERVICIOS

Tratamiento farmacológico

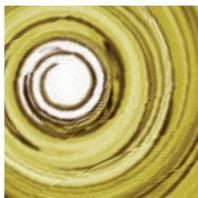
Técnicas ambulatorias

- Bloqueo nervioso simpático diagnóstico, pronóstico o terapéutico.
- Bloqueo nervioso somático diagnóstico, pronóstico o terapéutico.
- Localización y exploración de puntos gatillo (PG).
- Infiltración con toxina botulínica.
- Bloqueos nerviosos periféricos.
- Bloqueos espinales (Epidurales, Intradurales).
- Bloqueos regionales endovenosos.

- Infiltraciones articulares.
- Venoclisis (goteros con o sin bomba de infusión):
 - Infusión venosa de regitina.
 - Infusión venosa de lidocaína.
- Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS).
- Cuidados quirúrgicos especiales y curas de heridas.
- Técnicas de electroestimulación medular:
 - Programación de neuroestimulador implantable simple.
 - Programación de neuroestimulador implantable de doble canal.
 - Programación de radiofrecuencia.
- Técnicas de infusión espinal:
 - Relleno y programación por telemetría de bomba implantable.
 - Relleno de bomba implantable de flujo fijo.
 - Relleno y programación de bomba de infusión ambulatoria externa.
- Técnicas de infusión sistémica (subcutánea o intravenosa).
 - Relleno y programación de bomba electrónica ambulatoria externa.
 - Relleno de dispositivo mecánico de infusión de flujo fijo.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- Bloqueos nerviosos mediante escopia Rx o TAC.



- Bloqueo plexo celiaco.
 - Bloqueo facetario posterior vertebral.
 - Bloqueo del Gasser.
 - Bloqueos tronculares.
 - Bloqueo simpático paravertebral.
 - Bloqueo esfenopalatino.
 - Bloqueo periradicular selectivo.
 - Bloqueo neurolítico espinal.
 - Infiltraciones articulares mediante escopia Rx o TAC.
 - Infiltración facetaria posterior vertebral.
 - Infiltración sacro ilíaca.
- Nucleolisis discal vertebral.
- Técnicas de radiofrecuencia.
- Técnicas de crío analgesia.
- Adhesolisis epidural.
- Implantes de neuroestimulación.
 - Electroestimulación medular.
 - Electroestimulación radicular selectiva.
 - Electroestimulación nerviosa periférica.
 - Técnicas de infusión espinal.
 - Implantación de dispositivos internos o externos de infusión espinal.

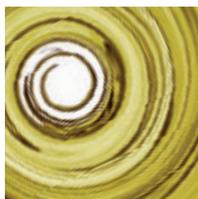
Recursos de atención al dolor perioperatorio*

La respuesta al dolor perioperatorio debe plantearse en el contexto del Bloque quirúrgico y de las unidades de hospitalización de cada hospital, con independencia de su nivel de complejidad y con la implicación de todos los profesionales.

Esta respuesta debe incluir desde la valoración preoperatoria hasta el alta del paciente.

La respuesta al dolor perioperatorio de la CMA deberá plantearse de forma protocolizada con los profesionales de AP.

* Definición de dolor perioperatorio: Dolor que se presenta en un paciente antes, durante o después de una intervención quirúrgica causado por la enfermedad previa, el procedimiento quirúrgico, o una combinación de ambos; tomada para el PAAPD de Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: a report by the American Society of Anaesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. 2003. Accesible en: <http://www.asahq.org/publicationsServices.htm>



Anexo 1: estimaciones de prevalencia de dolor crónico

- Tabla 1. Estimaciones de prevalencia de dolor crónico en población general

Autores / Año	País	Resultados
Català E. et al ²⁸ 2002	España	Prevalencia: 29,6% (día anterior a la encuesta) (37,6% mujeres, 20,9% hombres)
Pain in Europe ²⁹ 2002-2003	16 países europeos	Prevalencia del 19%
Pain in España ²⁹ 2002-2003	España	Prevalencia del 11%

- Tabla 2. Estimaciones a partir de muestras seleccionadas de pacientes

Autores / Año	País	Resultados
Bosch F et al ³⁰ 1990	España	Presentan dolor crónico 40% y agudo 60%
Bruster S et al ³¹ 1994	Inglaterra	Referían haber sufrido dolor durante todo o parte del periodo de hospitalización, el 33%
Woolf A D et al ³² 2004	8 países europeos	Abordaje similar entre profesionales de los distintos países. Existe discordancia entre la percepción de los médicos de familia y los pacientes sobre la atención prestada
Visentin M et al ³³ 2005	Italia	Presentan dolor: 21,7% dolor medio, 22,9% moderado y 46,6% severo
Vallano A et al ³⁴ 2006	España	Presentan dolor: 48,5% durante la entrevista; 47,6% en las 24 horas previas y 26,7% durante la hospitalización



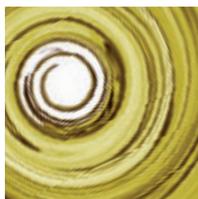
Anexo 2: estimaciones de prevalencia de dolor peri/postoperatorio

- Tabla 3. Estudios internacionales, estimación de prevalencia de dolor peri/postoperatorio

Autores / Año	País	Tipo de cirugía	Pacientes con dolor
Cohen et al ³⁵ 1980	EEUU	Cirugía mayor con ingreso	75%
Donovan et al ³⁶ 1983	EEUU	Cirugía mayor con ingreso	21,5%
Oates et al ³⁷ 1994	Reino Unido	Cirugía mayor con ingreso	33%
Poisson-Salomon et al ³⁸ 1996	Francia	Cirugía mayor con ingreso	44%
Apfelbaum et al ³⁹ 2003	EEUU	Cirugía mayor	59%

- Tabla 4. Estudios nacionales de prevalencia de dolor peri/postoperatorio

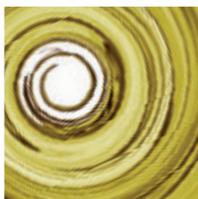
Autores / Año	País	Tipo de cirugía	Pacientes con dolor
Vallano A et al ⁴⁰ 1999	España	Cirugía abdominal con ingreso	22% - 67%
Ortega JL et al ⁴¹ 2003	España	Cirugía mayor ambulatoria	30% - 35%
Gallego JI et al ⁴² 2004	España	Cirugía mayor con ingreso	97,2%,
Bolivar I et al ⁴³ 2005	España	Cirugía mayor ambulatoria	54,7% en las últimas 24 horas
Vallano et al ⁴⁴ 2007	España	Cirugía general y especialidades, COT obstetricia - ginecología	Total: 79,7% Cirugía general: 72,1% COT: 80,6% Obstétrico-Ginec.: 73,3%



Anexo 3: estimaciones de prevalencia de dolor agudo en atención urgente

• Tabla 5. Estudios de estimación de prevalencia de dolor en atención urgente

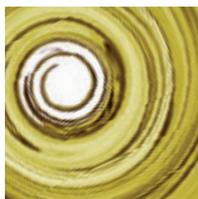
Autores / Año	País	Resultados
Tanabe et al ⁴⁵ 1999	EEUU	Dolor como motivo principal de consulta en el 78%. Los pacientes reciben analgésicos o tto. quirúrgico en el 58%
Cordell et al ⁴⁶ 2002	EEUU	Dolor presente en el 61,2% Dolor como motivo de consulta en el 52,5%: · Duración >3m: 43,5% · Duración <1m: 30,6%
Mc Lean, et al ⁴⁷ 2002	EEUU	Dolor leve, moderado o severo en el 34%
Bernard et al ⁴⁸ 2004	EEUU	Dolor presente en el 77,3% Dolor agudo (< de 3 meses) en el 33,8%



Anexo 4: estimaciones de prevalencia de dolor en procedimientos menores

- Tabla 6: Prevalencia de dolor/aplicación de analgesia en procedimientos menores (no invasivos o mínimamente invasivos)

Autores / Año	País	Métodos	Prevalencia dolor o aplicación de analgesia
Fowler et al ⁴⁹ 1987	EEUU	Evalúa la presencia de dolor, durante la inmunización a niños, comparando las diversas intervenciones	Dolor de intensidad media (máximo 4) · 1.07 grupo distracción + sugestión · 1.34 grupo distracción · 1.59 grupo de sugestión · 1.78 grupo de control
Cheong et al ⁵⁰ 2000	Singapur	Evalúa la presencia de dolor tras inyectar rocuronium, comparando las diversas intervenciones	· grupo suero salino: 77% · grupo lidocaína: 37% · grupo prevención y tto. con lidocaína: 7%
Leblanc et al ⁵¹ 2005	Francia	Evalúa la aparición de cefalea post-punción lumbar (CPPL) y factores determinantes, en niños	Presentaron CPPL en el 25%
Gosh et al ⁵² 2005	Alemania	Compara, en adultos, 2 sistemas de inserción-retirada de catéter espinal, aparición y la intensidad de cefalea post punción lumbar (CPPL)	Presentaron CPPL el 78%, sin diferencias significativas
Turan et al ⁵² 2005	Turquía	Ensayo, administración i.v. de propofol y prevención con dexmedetomidina y lidocaína	Pacientes con dolor: Bolo-propofol: 86,6% · Dexmedetomidina-propofol: 33,3% · Lidocaína-propofol: 23,3%
Hirsh et al ⁵³ 2006	Israel	Evalúa la presencia-intensidad de dolor postcolonoscopia (DPC) y necesidad de rescate con fentanilo según tipo de sedación-analgésia	Necesidad de rescate: · 1 grupo de pacientes con fentanilo + midazolam: 9,4% · 2 grupos de pacientes con tramadol + midazolam: 70,6% y 58,7%



Anexo 5: estimaciones de prevalencia de dolor en población vulnerable

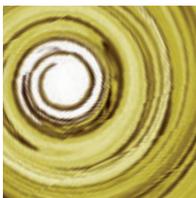
• Tabla 7. Estudios de estimación de prevalencia de dolor o aplicación de evaluación o analgesia en niños

Autores / Año	País	Métodos	Prevalencia dolor o de aplicación de evaluación-analgesia
Klosowski et al ⁵⁵ 2003	Francia	Cuestionario a médicos (12 hospitales), evaluación con escala de observación/tratamiento en neonatos sometidos a diversas actuaciones (punciones de talón, venosas, arteriales, catéteres, punción lumbar, aspiración/intubación traqueal)	Variabilidad profesional pese al acuerdo regional sobre las recomendaciones frente el dolor. Tratamiento antiálgicos: · drenaje pleural en el 100% · catéter central en el 91% · punción lumbar en el 80-92%
Brown et al ⁵⁶ 2004	EEUU	Evaluación del dolor y tto. en registros nacionales de visitas a urgencias de niños y adultos, por fractura cerrada	Recibieron analgesia el 64% de los niños. Constaba evaluación del dolor en el 59%
Lago et al ⁵⁷ 2005	Italia	Cuestionario a médicos de UCI neonatales, sobre prevención y tratamiento del dolor en niños sometidos a procedimientos habituales	Analgesia en el 13-18% Uso de escalas validadas en el 19%
Drendel et al ⁵⁸ 2006	EEUU	Evaluación de los registros de urgencias hospitalarias sobre la presencia de dolor en menores de 18 años	No constan datos en el 55,1% No consta dolor en el 31,7% Consta dolor: 68,7% (leve en el 41,4%; moderado en el 21,8% y severo en el 5,10%)
Karli et al ⁵⁹ 2006	Turquía	Cuestionario y entrevista sobre presencia de cefaleas recurrentes	Tasa global del 52,2%, siendo el 59,8% en mujeres y el 45,1% en hombres
Fendrich et al ⁶⁰ 2007	Alemania	Cuestionario en las escuelas, sobre presencia de cefaleas en adolescentes	Tasa global del 69,4%, siendo el 59,5% en hombres y el 78,9% en mujeres
Huguet et al ⁶¹ 2007	España	Presencia en escolares de dolor crónico, en los últimos 3 meses	El 37,3% tiene dolor crónico, siendo el 5,1% de grado moderado a severo



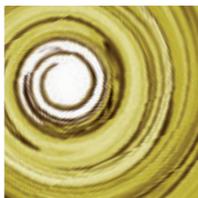
• Tabla 8. Prevalencia del dolor en personas de edad avanzada (población general e institucionalizados)

Autores / Año	País	Métodos	Prevalencia en población general
Zarit et al ⁶² 2004	Suecia	Entrevistas a >85 años seleccionados de un censo. Tasas de respuesta del 33% y del 40%	75%
Thomas et al ⁶³ 2004	Inglaterra	Cuestionario enviado a personas de AP >50 años. Tasa de respuesta del 71,3%	72,4%
Hartikainen et al ⁶⁴ 2005	Finlandia	Entrevista a >75 años sobre la presencia de dolor en el último mes	70%
Gil Gregorio et al ⁶⁵ 2007	España	Evaluación por médico de AP a mayores de 75 años sobre la presencia de dolor	86,2%
			Prevalencia en institucionalizados/as
Weiner D et al ⁶⁶ 1999	EEUU	Entrevista por enfermeras a pacientes, en un hospital de crónicos y en una residencia, sobre la presencia de dolor el día de la entrevista	45 y 58%
Sawyer P et al ⁶⁷ 2007	EEUU	Evaluación retrospectiva, de la presencia de dolor diario, en registros de 250 residencias	0-55%
Smalbrugge M et al ⁶⁸ 2007	Holanda	Entrevista a mayores, de cuatro residencias, sobre la existencia de dolor	68%



- Tabla 9. Estudios de prevalencia del dolor en personas atendidas en clínicas psiquiátricas (en régimen ambulatorio o en hospitalización).

Autores / Año	País	Métodos	Prevalencia
Chaturvedi et al ⁶⁹ 1987	India	Entrevistas a pacientes y familiares, de una Clínica Psiquiátrica, sobre presencia de dolor crónico	Tasa Global del 18,6% En N. de ansiedad el 60%, en depresión el 45%; en N. histérica el 24,3% y en psicosis menos del 3%
Faravelli et al ⁷⁰ 1997	Italia	Síntomas físicos sin causa orgánica incluyendo dolor en población general	31,6%
Jeanfaivre et al ⁷¹ 2003	Francia	Entrevista sobre presencia de dolor a pacientes hospitalizados, incluyendo los pacientes psiquiátricos y cuestionarios a los cuidadores y los médicos	Dolor en el 56% de los pacientes psiquiátricos. Según sus cuidadores tienen dolor el 46%. Según la opinión de los médicos 23% tienen dolor
Baune BT, et al ⁷² 2004	Inglaterra	Cuestionario a pacientes de un hospital psiquiátrico, con trastornos mentales, sobre la presencia o no de dolor	El 76,5% refería la presencia



Anexo 6: listado de lagunas de conocimiento identificadas en el análisis de situación

1. Dolor crónico en general, o para algunas enfermedades específicas:

- Uso de instrumentos de valoración integral.
- Adecuación de la prescripción de los profesionales al estado del conocimiento:
 - i. Prescripción de antidepresivos y anticomiciales en el dolor neuropático.
 - ii. Prescripción de opioides.
 - iii. Motivos del posible uso inadecuado.
- Eficacia, efectividad o coste efectividad de:
 - i. Algunas intervenciones no farmacológicas y terapias complementarias aplicadas de forma individual (acupuntura, homeopatía, intervenciones mente- cuerpo, técnicas invasivas, etc.) y comparaciones entre éstas y las intervenciones farmacológicas, valorando no sólo los efectos sobre el dolor sino también sobre la discapacidad o el distress.
 - ii. Los opioides a largo plazo (tolerancia, dependencia).
 - iii. Programas de intervención, como los programas de automanejo o los multidisciplinarios, incluyendo la composición –en contenidos y miembros– y la duración más adecuada de los mismos según los distintos cuadros de dolor crónico.

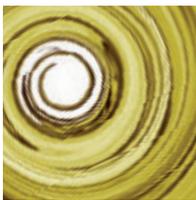
- Barreras a la prescripción y adherencia a los consejos sobre hábitos saludables y de automanejo; y la eficacia de los consejos simples.

2. Dolor relacionado con procedimientos (maiores y menores).

- Prevalencia e impacto de cada uno de los procedimientos.
- Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas más eficaces para cada uno de dichos procedimientos.
- Barreras y facilitadores a la evaluación y al tratamiento de estos procedimientos en nuestro medio.
- Coste efectividad comparado entre los principales procedimientos.

3. Dolor en población vulnerable

- Niños.
 - i. Prevalencia e impacto a largo plazo del dolor en los niños.
 - ii. Validez de los procedimientos de evaluación de niños que no han alcanzado un nivel de lenguaje suficiente para utilizar las escalas habituales.



- Personas con trastornos mentales (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos).
 - i. Prevalencia y relación del dolor con el trastorno mental.
 - ii. Escalas de valoración validación en personas con determinados trastornos.

- Personas de edad avanzada.
 - i. Validez de escalas de valoración en déficit cognitivos o de lenguaje.

Anexo 7: procedimientos menores no invasivos o mínimamente invasivos

Procedimientos terapéuticos.

- Reparación de laceraciones y heridas.
- Limpieza y desbridamiento de úlceras crónicas; UPP, Pie diabético, U Vasculares.
- Tratamiento de las quemaduras por calor y frío.
- Extracción de cuerpos extraños en la piel, córnea o conjuntiva, oído, fosas nasales, etc.
- Inmovilización con férulas y vendajes de algunas lesiones traumatológicas.
- Liberaciones articulares postinmovilización o postcirugía.
- Drenajes torácicos.
- Tratamiento de abscesos.
- Cura de fistulas anales, hemorroides.
- Inyecciones.
- Inserción de catéteres intravenosos.
- Lesiones cutáneas: queratosis seborreica, fibromas, nevos, quistes epidérmicos, lipomas.
- Infiltraciones y artrocentesis de algunas articulaciones.

- Cirugía de labio y facial.
- Reparación quirúrgica.
- Injertos huesos y piel.
- Inserción de sondas.
- Reducción de fractura simple.
- Reducción de ciertas luxaciones periféricas.
- Tratamientos de fracturas de huesos.
- Exploraciones oftalmológicas en procesos dolorosos. (Laceraciones, abrasiones, quemaduras y cuerpos extraños).
- Episiotomía.
- Anestesia epidural.

Procedimientos Diagnósticos.

- Endoscopias digestivas vía oral y rectal.
- Endoscopias urológicas (Citoscopias).
- Endoscopias respiratorias.
- Gammagrafias Óseas.



- Cateterismo Cardíaco.
- Arteriografías con contraste.
- Radiología Diagnóstica; Colangiografía, Mamografía, Urografías.
- Biopsias.
- Punción lumbar
- Aspiración de médula ósea

Procedimientos en niños.

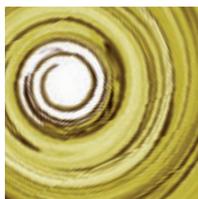
- Terapia farmacológica.
- Inyecciones intravenosas e intramusculares.
- Acceso a catéteres internos.
- Punciones Lumbares.
- Quimioterapia intratecal.
- Aspiraciones y biopsias de médula.

Anexo 8: tipo, gravedad y duración del dolor postoperatorio según las intervenciones quirúrgicas*

- Cabeza y cuello

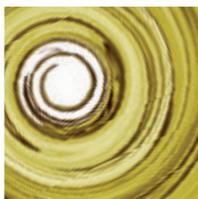
Tipo de cirugía	Tipo de dolor	Gravedad y duración
Cirugía oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> · La mayoría nociceptivo · La cirugía de la retina y la enucleación producen dolor nociceptivo y neuropático 	<ul style="list-style-type: none"> · De leve a grave y dura varios días · El dolor de la enucleación puede durar meses o años
Craneotomía	Típicamente nociceptivo, secundario a la incisión y su efecto sobre la musculatura subyacente	<ul style="list-style-type: none"> · Es leve pero puede llegar a grave · Disminuye rápidamente después de las primeras 24 horas
Cirugía radical de cuello	Puede ser nociceptivo y neuropático	Intensidad moderada a grave pudiendo durar de días a años
Cirugía oral y maxilofacial	Puede ser nociceptivo y neuropático	<ul style="list-style-type: none"> · Desde leve hasta grave · En pacientes ambulatorios de corta duración (1 a 3 días)

* Tomado de: VHA/DoD Clinical practice guideline for the management of postoperative pain. Working group. Veterans Health Administration Department of Defense. Julio 2001/Update May 2002.
 Disponible en: <http://www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm>



• Tórax

Tipo de cirugía	Tipo de dolor	Gravedad y duración
Toracotomía	<ul style="list-style-type: none"> · Nociceptivo y neuropático, agravado con la respiración y la tos · Exacerbado por tubos y drenajes 	<ul style="list-style-type: none"> · De moderado a grave se prolonga durante semanas · Puede desarrollar síndromes postoracotomía con dolor durante meses o años
Mastectomía	De naturaleza nociceptiva y neuropática	<ul style="list-style-type: none"> · De moderado a grave se prolonga durante semanas. · Puede desarrollar síndromes postmastectomía con dolor durante meses o años
Toracoscopia	Primariamente nociceptivo	De leve hasta grave y dura de días a semanas
Cirugía de By-pass coronario	De naturaleza nociceptiva procede fundamentalmente de la estereotomía y los drenajes	De moderado a grave dura días o semanas
Cirugía mínimamente invasiva de By-pass coronario	Nociceptivo y neuropático	De moderado a grave dura días o semanas

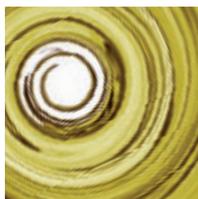


• Abdomen superior

Tipo de cirugía	Tipo de dolor	Gravedad y duración
Laparotomía	Nociceptivo y neuropático	De moderado a grave y dura días o semanas
Laparoscópica	Nociceptivo y neuropático	De leve a moderado y dura días
Nefrectomía	Nociceptivo y neuropático	De leve a grave y dura días o semanas

• Abdomen inferior y pelvis

Tipo de cirugía	Tipo de dolor	Gravedad y duración
Histerectomía	Nociceptivo y neuropático	· De leve a grave durante días o semanas · Si lesión nerviosa puede durar de semanas a años
Prostatectomía radical retropúbica	Primariamente nociceptivo	De moderado a grave dura semanas
Hernia inguinal	Nociceptivo y neuropático	· Desde leve hasta grave dura semanas. Cierta tipo de reparaciones herniarias son más dolorosas · Un dolor neuropático puede prolongarse durante años



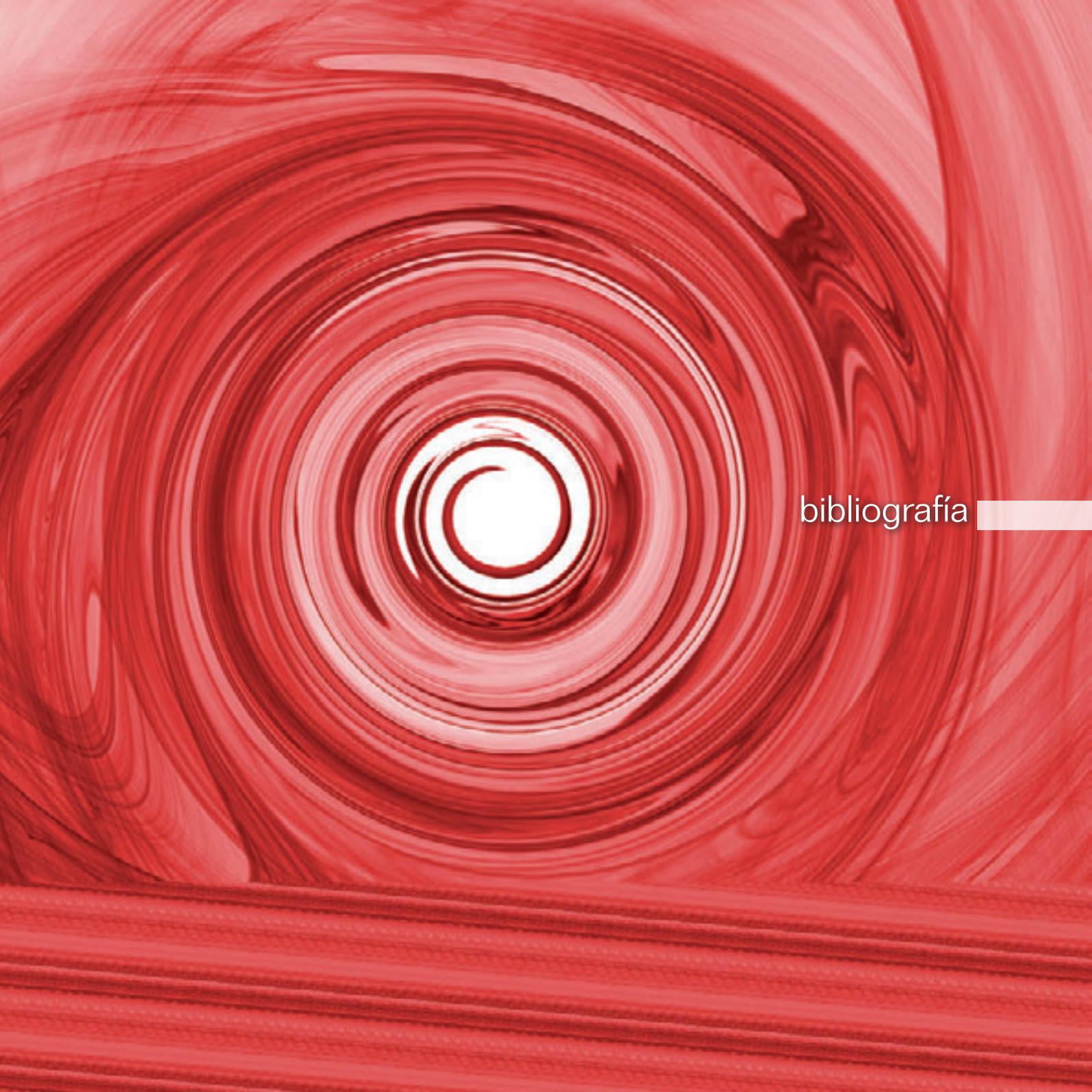
- Columna

Tipo de cirugía	Tipo de dolor	Gravedad y duración
Laminectomía	Nociceptivo y neuropático	De leve hasta grave dura semanas
Fusión espinal	Nociceptivo y neuropático	De moderado a grave dura meses

- Extremidades y cirugía vascular

Tipo de cirugía	Tipo de dolor	Gravedad y duración
Cirugía vascular	En extremidades produce dolor de naturaleza nociceptiva	De leve a moderado y dura días o semanas. Puede persistir dolor isquémico en áreas no profundas
Artroplastia total de cadera	Primariamente nociceptivo	Desde leve hasta grave durante varios días o semanas
Artroplastia total de rodilla	Típicamente nociceptivo	De moderado a grave durante días o semanas
Artroscopia quirúrgica	Típicamente nociceptivo	Desde leve hasta grave durante días o semanas
Amputación	Nociceptivo y neuropático	De moderado a grave puede durar desde días hasta años
Cirugía del hombro	Nociceptivo	De moderado a grave durante semanas

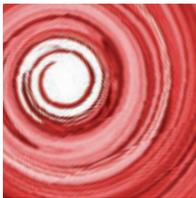




bibliografía



1. Mehta A, Chan L. **Understanding of the Concept of “Total Pain”. A Prerequisite for Pain Control.** Journal of Hospice and Palliative Nursing. 2008;10:26-32
2. Van den Beuken-van Everdingen M, de Rijke J, Kessels A, Schouten H, van Kleef M, Patijn J. **Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years.** Ann Oncol. 2007; 18:1437-1449
3. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. **Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review.** Journal of Pain and Symptom Management. 2007;34:94-104
4. **Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: a report by the American Society of Anaesthesiologists.** Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. 2003. Accesible en; <http://www.asahq.org/publicationsServices.htm>
5. Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, et al. **Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries.** Pain. 2008;136(1-2):134-41
6. Garrido Díaz Malaguilla, Isabel María; Seda Diestro, José. **Atención de Enfermería al dolor provocado por procedimientos cruentos.** Hospital Universitario de Valme. Index enfermería. 2003; 40-41:11-15
7. Hower, Debra K. Simplifique las extracciones de sangre: utilice vías i.v. Especiales. TPN Health Care Service (Boston, Massachusetts). **Infligir y manejar el dolor.**1988;6:36-38
8. Grisell Vargas-Schaffer. **Manejo y tratamiento del dolor en el paciente quemado pediátrico.** Rev. Ven. Anest. 1999;4:35-39
9. S,Abdi y Yili Zhou. **Current opinion in Anaesthesiology.** 2002;15:563-576
10. S.Soysal, H.Topacoglu. **Analysis of factors affecting pain in intravenous catheter placement: a survey of 925 patients.** J Clin Pract, 2005;59:675-679
11. Miller D, Martin I.et al. **Intervenciones para aliviar el dolor y las molestias de la mamografía.** Biblioteca Cochrane plus, 2007 Número 2.Oxford Update Software Ltd.
12. Pérez Benitez S., Bellido Estevez I., Gomez Luque A., Pérez Rodriguez J. **Dolor y ansiedad en cirugía pediátrica.** Cir Pediatr 2008;21:84-88.
13. Young KD. **Pediatric procedural pain.** Ann Emerg Med. 2005;45:160-71
14. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. **Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS).** Psychol Med. 2004;34:597-11



15. Laurel A, Copeland, John E, Zeber, Mary Jo Pugh, Eric M, Mortensen, Marcos I, Restrepo and Valerie A, Lawrence. **Postoperative complications in the seriously mentally ill. A systematic review of the literature.** Annals of Surgery .2008;248 (1):31-38
16. Maler C, Kibbel K, Mercker S, Wulf H. **Postoperative pain therapy at general nursing stations. An analysis of eight years experience at an anaesthesiological acute pain service.** Anaesthetist 1994; 43: 385-97
17. Ready LB, Oden R, Chadwick HS, et al. **Development of an anesthesiology - based postoperative pain management service.** Anesthesiology. 1988;68:100–106
18. Comité de expertos de la Universidad de Alcalá, AEC, SECOT, SEDAR Y SED. **Dolor Postoperatorio en España.** 1er documento de Consenso. 2005 Monografía, Runiprint, S.A. Madrid... revisar citación - publicación
19. Ortega JL, Neira F. **Estado actual de las unidades de dolor agudo en Andalucía.** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007; 5:338-45
20. Rawal N. **Organization, function, and implementation of Acute Pain Service.** Anesthesiology Clin N Am 2005;23:211-25
21. Werner MU, Søholm L, Rotbøll-Nielsen P, et al. **Does an acute pain service improve postoperative outcome?** Anesth Analg 2002;95:1361-1372
22. Lee A, Chan S, Chen PP, Gin T, Lau AS. **Economic evaluations of acute pain service programs: a systematic review.** Clin J Pain. 2007;23:726-33
23. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. **Patient Expectations of Treatment for Back Pain: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies.** SPINE. 2004;29:2309–2318
24. Parsons S, Harding G, Breen A, Foster N, Pincus T, Vogel S, Underwood M. **The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care: a systematic review of qualitative studies.** Clin J Pain. 2007;23:91-8
25. **Proceso asistencial integrado dolor crónico no oncológico, 2006.** Sevilla. Consejería de Salud. Disponible en <http://www.csalud.juntaandalucia.es/procesos/documentos.asp?idp=184>
26. Chronic Care: Self-Management Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: **Guía N° 30, 2007. Evidence-based care guideline for Chronic Care: Self-Management.** Accessible en: www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/evbased/chronic-care.htm,
27. The British Pain Society. A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society. **Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults, 2007.**



Disponible en: www.britishpainsociety.org/

28. Català E, Reig M, Artés L, Aliaga J. S, López J. L. **Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes.** European Journal of Pain. 2002;6:133-140

29. **Pain in Europe.** Disponible en: http://www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/pain_in_europe_survey

30. Bosch F, Toranzo I, et al. **A survey of pain complaints and treatment by general practitioners in the Spanish public health organization.** The Clinical Journal of Pain. 1990;6:206-11

31. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco T, et al. **National survey of hospital patients.** BMJ. 1994;309:1542-1546.

32. Woolf A D, Zeidler H, Haglund U, Carr A J, Chaussade S, Cucinotta D, Veale D J et al. On behalf of the Arthritis Action Group **Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries.** Annals of the Rheumatic Diseases. 2004; 63:342-347

33. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, et al. **Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals.** European Journal of Pain. 2005;9:61-67

34. Vallano A, Malouf J, Payrulet P, Baños E. **Prevalence of pain in adults admitted to Ca-**

talonian hospitals: A cross-sectional Study. European Journal of Pain. 2006;10: 721-731

35. Cohen FL. **Postsurgical pain relief: patients status and nurses medication choices.** Pain. 1980;9:265-274

36. Donovan BD: **patient attitudes to postoperative pain relief.** Anaesth Intensive Care 1983;11:125-129

37. Oates JD, Snowson SL, Jayson DW. **Failure of pain relief after surgery.** Attitudes of ward staff and patients to postoperative analgesia. Anaesthesia 1994;49:755-758.

38. Poisson-Salomon A.S., Bresseur L., Lory C., Chauvin M., Durieux P., Blum-Boisgard C., Lienhart A., Marty J., Viillard M., Benhamou D., Desnault H. **Audit of postoperative pain management in university hospitals** PRESSE MED. 1996. 25:1013-1017

39. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, et al. **Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged.** Anesth Analg. 2003;97:534-540

40. Vallano, A; Aguilera, C; Arnau, JM; et al. **Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain.** A multicentre drug utilisation study. Br J Clin Pharmacol. 1999;6:667-673.

41. Ortega JL, Neira F. **Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio.** En: Tratamiento del dolor postoperatorio. Ergon, Ma-



jadahonda (Madrid) 2003; 32-55.

42. Gallego J, Rodríguez de la Torre M, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. **Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes.** Rev Soc Esp Dolor 2004;11:4: 197-202,

43. Bolívar I, Catalá E, Cadena R. **El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad.** Rev Esp Anestesiología Reanim. 2005; 52:131-140

44. Vallano A, Payrullet P, Malouf J, Baños JE y Grupo Catalán de Investigación en Dolor Hospitalario. **Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario.** Rev Esp Anestesiología Reanim. 2007;54:140-146

45. Tanabe P, Buschmann M. **A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective.** J Emerg Nurs. 1999;25:171-177

46. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. **The high prevalence of pain in emergency medical care.** Am J Emerg Med. 2002;20:165-9

47. McLean SA, Maio RF, Domeier RM. **The epidemiology of pain in the prehospital setting.** Prehosp Emerg Care. 2002;6:402-5

48. Bernard AM, Wright SW. **Chronic pain in the ED.** Am J Emerg Med. 2004;22:444-7

49. Fowler S, Ramsay J. **Management of in-**

jection pain in children. Pain. 1987;30:169-175

50. Cheong KF, Wong WH. **Pain on the injection of rocuronium: influence of two doses of lidocaine pre-treatment.** British Journal of Anesthesia. 2000; 84:106-107

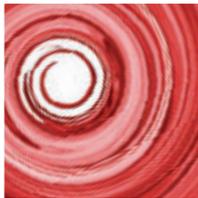
51. Leblanc A, Catrevaux O, Guillaumat C, Robin L, Foucaud P. **Post lumbar puncture headache in general paediatrics: a prospective multicenter study.** Archives de pédiatrie. 2005; 12:1199-1203

52. Gosh UW, Hueppe M, Hallschmid M, Born J, Schmucker P and Meier T. **Post-dural puncture headache in young adults: comparison of two small-gauge spinal catheters with different needle design.** British Journal of Anaesthesia. 2005;94: 657-61

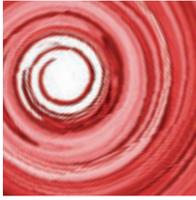
53. Turan A, Memis D, Kaya G, Karamanlioglu B. **The prevention of pain from injection of propofol by dexmedetomidine and comparison with lidocaine.** Can J Anesth. 2005;52:548-549

54. Hirsh I, Vaissler A, Chernin J, Segol O, Pizov R. **Fentanyl or Tramadol, with Midazolam, for Outpatient Colonoscopy: Analgesia, Sedation, and Safety.** Dig Dis Sci. 2006; 51:1946-1951

55. Klosowski S, Morisot C, Truffert P, Storme L, Lequien P; Groupe d'études en néonatalogie de la région Nord-Pas-de-Calais. **Multicentric study on neonatal medical pain management in the Nord-Pas-de-Calais.** Arch Pediatr. 2003;10:766-71



56. Brown JC, Klein EJ, Lewis CW, Johnston BD, Cummings P. **Emergency department analgesia for fracture pain.** *Ann Emerg Med.* 2003; 42:197-205
57. Lago P, Guadagni A, Merazzi D, Ancora G, Bellieni CV, Cavazza A; The Pain Study Group of the Italian Society of Neonatology. **Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy.** *Paediatr Anaesth.* 2005;15:925-31
58. Drendel AL, Brousseau DC, Gorelick MH. **Pain assessment for pediatric patients in the emergency department.** *Pediatrics.* 2006;117:1511-8
59. Karli N, Akiş N, Zarifoğlu M, Akgöz S, Irgil E, Ayvacioğlu U, Calişir N, Haran N, Akdoğan O. **Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based epidemiological study in Bursa.** *Headache.* 2006; 46:649-55.
60. Fendrich K, Vennemann M, Pfaffenrath V, Evers S, May A, Berger K, Hoffmann W. **Headache prevalence among adolescents-the German DMKG headache study.** *Cephalalgia.* 2007; 27:347-54
61. Huguet, A. y Miró, J. **The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study.** *J Pain.* 2007 Dec 12 (en prensa)
62. Zarit S; Griffiths P; Berg S. **Pain Perceptions of the Oldest Old: A Longitudinal Study.** *The Gerontologist.* 2004; 44: 459-468
63. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft P. **The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire.** *Osteoarthritis Project (NorStOP).* *Pain.* 2004; 110: 361-68
64. Hartikainen S, Mäntyselkä P, Louhivuori-Laako K, Enlund H, Sulkava R, **Concomitant use of analgesics and psychotropics in home-dwelling elderly people.** *Kuopio 75+ study.* *Br J Clin Pharmacol.* 2005; 60:306-10
65. Gil Gregorio P, Moreno A, Rodríguez MJ, Zarco J; on behalf of the ADA study investigators. **Pain management in elderly people in primary care (ADA Study).** *Rev Clin Esp.* 2007;207:166-71
66. Weiner D, Peterson B, Ladd K, McConnell E, Keefe F. **Pain in nursing home residents: an exploration of prevalence, staff perspectives, and practical aspects of measurement.** *Clin J Pain.* 1999;15:92-101
67. Sawyer P, Lillis JP, Bodner EV, Allman RM. **Substantial daily pain among nursing home residents.** *J Am Med Dir Assoc.* 2007;8:158-65
68. Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA. **Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment-an observational cohort study.** *BMC Geriatr.* 2007;14;7:3
69. Chaturvedi SK. **Prevalence of chronic pain**



in **psychiatric patients**. Pain. 1987;29:231-7

70. Fararvelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. **Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997; 32:24-29

71. Jeanfaivre V, Diviné C, Akalin MN, Anacharsis F, Montagne A, Le Parco JC. A survey of pain prevalence at Albert-Chenevier Hospital. **Comparison of patient, caregivers and physician assessments**. Ann Med Interne (Paris). 2003;154:499-508

72. Baune MPH BT, Aljeesh Y. **Is pain a clinically relevant problem in general adult psychiatry?** A clinical epidemiological cross-sectional study in patients with psychiatric disorders. Schmerz. 2004;18:28-37



JUNTA DE ANDALUCIA