

## Profesionales, actividades, características de calidad

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

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

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

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
  - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la OMS<sup>7</sup> y/o la ESP<sup>8</sup>.
  - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información**<sup>(9,10)</sup>:
  - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
  - Se identificarán con <sup>11</sup> las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía
    - > Uso de formulario de Consentimiento Informado escrito del Catálogo de formularios del SSPA<sup>12</sup>
    - > Proceso de planificación anticipada de decisiones
    - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
- **El uso adecuado de medicamentos**, se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.
- **Los cuidados de enfermería**, se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir (NOC/NIC)<sup>13, 14</sup>.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas que contemplan:

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

### Médico de Familia/ Médico de AH y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p><b>1º</b></p> <p><b>IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON CRITERIOS DE DOLOR CRÓNICO</b></p>	<p><b>1.1</b> Se realiza mediante la presencia de dolor, de origen musculoesquelético, con una duración <math>\geq 3</math> meses, una intensidad <math>\geq 4</math> en la Escala Verbal Numérica (EVN) y con una de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor continuo</li> <li>• Dolor intermitente <math>\geq 5</math> días a la semana</li> </ul> <p>Una vez identificado debe ser evaluado de forma integral por el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)</p> <p><b>1.2</b> (i) Se informará al paciente la necesidad del abordaje y seguimiento multidisciplinar en Atención Primaria (AP), dejando constancia en la Historia de Salud.</p>

### Médico de Familia y Enfermera de Familia

Actividades	Características de calidad
<p><b>2º</b></p> <p><b>EVALUACIÓN CLÍNICA</b></p>	<p><b>2.1</b> Se comprobará que el paciente cumple criterios de dolor crónico de origen musculoesquelético. Si no cumple criterios el paciente saldrá del PAI.</p> <p><b>2.2</b> Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. </p> <p><b>2.3</b> Se realizará una evaluación <sup>(Recomendación B2)<sup>3</sup></sup> con el objetivo de establecer el diagnóstico de la enfermedad musculoesquelética, deberá incluir <sup>(AG)</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos específicos sobre el síndrome doloroso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronología (mañana-noche, reposo-movimiento, continuo-intermitente) y evolución</li> <li>- Localización e irradiación</li> <li>- Síntomas acompañantes</li> <li>- Factores que lo modifican y la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación).</li> </ul> </li> </ul>

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

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 0003 Descanso</li> <li>• NOC 0004 Sueño</li> <li>• NOC 0208 Movilidad</li> <li>• NOC 1402 Autocontrol Ansiedad</li> </ul> <p><b>2.8</b> (i) Se informará sobre el resultado de la valoración. Se dejará constancia documental en la Historia de Salud y deberá tener contenidos básicos sobre (AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico</li> <li>• La necesidad de un Plan terapéutico y sus componentes</li> <li>• Las posibilidades de evaluación por otros profesionales</li> <li>• La evolución previsible</li> </ul>

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

Actividades	Características de calidad
<p><b>3º</b> <b>ELABORACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO INICIAL</b></p>	<p><b>3.1</b> El Plan Terapéutico Inicial (PTI), debe ser multidimensional (Recomendación C)18 personalizado y consensado. Debe estar elaborado en un periodo no superior a 2 semanas y quedar registrado en la Historia de Salud (AG)</p> <p>Debe contener (AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales que intervienen</li> <li>• Duración prevista</li> <li>• Objetivos a alcanzar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir la intensidad del dolor (reducción del nivel de la EVN de 2 puntos del valor inicial)</li> <li>- Mantener o mejorar los hábitos de vida saludables</li> <li>- Mantener o mejorar la actividad física</li> <li>- Preservar el patrón de sueño</li> <li>- Mejorar el estado de ánimo</li> <li>- Preservar la actividad laboral, social y familiar</li> <li>- Asegurar la participación, el aprendizaje y el automanejo por parte del paciente</li> <li>- Garantizar el uso correcto de los medicamentos y otras medidas terapéuticas</li> </ul> </li> <li>• Intervenciones terapéuticas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos saludables: actividad física, patrón de sueño, alimentación</li> <li>- Farmacología</li> <li>- Psicoeducativa</li> <li>- Medicina física y rehabilitadora: procedimientos mínimamente invasivos y ayudas técnicas</li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p><b>APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO</b></p>	<p><b>4.1</b> (i) Se informará al paciente del Plan terapéutico a realizar, de sus beneficios y alternativas, dejándose registro documental en la Historia de Salud</p> <p><b>4.2 INTERVENCIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los profesionales que intervienen en el PTI darán recomendaciones sobre hábitos de vida saludables en relación con el tabaco<sup>(AG)19</sup>, alimentación, actividad física<sup>(AG)20</sup>, reducción de peso y reglas básicas de higiene del sueño<sup>(AG)17</sup>,</li> </ul> <p><b>4.3 INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tendrá en cuenta el tipo neurofisiológico del dolor (NOCICEPTIVO, NEURO-PÁTICO, MIXTO)<sup>(AG)</sup></li> <li>• Se seguirá una pauta escalonada <sup>(Recomendación I)4</sup> individualizada según comorbilidad (riesgo vascular, digestivo, hepato-renal), consumo previo de medicamentos, intensidad del dolor y su impacto</li> <li>• Se utilizará la EVN y BPI-Sp para pasar de una línea a otra. Se considera un alivio clínicamente significativo, una disminución en la EVN o en el BPI-Sp de 2 puntos en valor absoluto<sup>(AG)21</sup> o una disminución <math>\geq 30\%</math> del valor inicial <sup>(Recomendación D-1)3</sup>.</li> <li>• (i) Se informará a todos los pacientes, preferiblemente por escrito<sup>(AG)22</sup> que:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El tratamiento farmacológico es sólo una parte del Plan terapéutico multidimensional y que es necesario, pero no suficiente, para alcanzar sus objetivos <sup>(Recomendación A-2)3</sup></li> <li>- La importancia de seguir la pauta y dosificación correctas, la ventaja y los riesgos del uso de fármacos y sus posibles interacciones. Se hará especial hincapié, cuando se inicia el tratamiento con opioides <sup>(Recomendación I)4</sup></li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dolor nociceptivo:</b></p> <p><b>1ª línea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paracetamol:</b> Es el fármaco a elegir, por su perfil de eficacia y seguridad, en primera instancia <sup>(Nivel de evidencia C)4</sup>. Se recomienda no sobrepasar los 2,5-3 gramos diarios repartidos en 4 tomas debido al riesgo de hepatotoxicidad, con el uso prolongado a altas dosis. Poner atención en las asociaciones con otros medicamentos que contengan paracetamol para evitar sobrepasar dicha dosis. <sup>(Grado de recomendación I)4</sup>. Se recomienda asociar AINEs en caso de artrosis de cadera y/o rodilla <sup>(Recomendación C)18</sup>.</li> <li>• <b>AINEs:</b> Son una alternativa al paracetamol, a corto plazo.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún AINE ha demostrado ser más eficaz que otro por vía oral, aunque si parecen presentar diferentes perfiles de efectos adversos:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ibuprofeno</b> a dosis inferiores a 1200 mg/día es relativamente menos gastrolesivo <sup>(Nivel de evidencia 2+)23</sup></li> <li>• <b>Naproxeno</b> se asocia a menor riesgo de complicaciones cardiovasculares <sup>(AG)24</sup></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

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

### 2ª línea:

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

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

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

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

- **Codeína**, se recomienda en caso de intolerancia o efectos secundarios al tramadol. iniciar con dosis de 30-60 mg/6h ajustandola hasta conseguir el control del dolor y su impacto (EVN, BPI-Sp). No superar la dosis máxima de 240 mg/día. Algunos pacientes pueden requerir, desde el inicio, dosis menores y titulación más lenta [\(AG\)](#)

- En pacientes con antecedentes de estreñimiento, se recomienda el uso preventivo de laxantes, sobretodo, con la codeína [\(AG\)](#)

### 3ª línea:

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

Actividades	Características de calidad
	<p>Para el uso seguro de opioides se recomienda que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la efectividad demostrada para el diagnóstico de base <a href="#">(Recomendación A) 5</a> particularmente, en dolor crónico por artrosis y en pacientes ancianos con dolor neuropático <a href="#">(Recomendación B) 18</a>.</li> <li>• Tener en cuenta las precauciones universales para el uso de estos medicamentos <a href="#">(AG)</a> (Anexo 1)</li> <li>• Realizar titulación y ajuste de dosis con morfina de liberación rápida hasta alcanzar una dosis diaria estable, sustituyendo posteriormente el opioide de liberación rápida por uno de liberación prolongada <a href="#">(Recomendación C) 5</a> (Anexo 1)</li> <li>• Realizar una evaluación exhaustiva de la historia psicosocial, la presencia o no de problemas psiquiátricos, el riesgo de adicción de forma estructurada (bajo, medio, alto) <a href="#">(Recomendación B) 18</a> y el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol) y drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína) <a href="#">(Recomendación A) 6</a></li> <li>• <b>(i)</b> Informar al paciente de los beneficios, riesgos y efectos adversos <a href="#">(Recomendación B) 5</a>, asegurando una comunicación efectiva que sirva para favorecer su participación en el tratamiento, permitir la realización de actividades de la vida diaria, evitar el miedo a estos medicamentos, las conductas de mala adaptación a la enfermedad y la utilización inadecuada de estos medicamentos <a href="#">(Nivel de evidencia B) 27</a>.</li> <li>• Individualizar la dosis, en función del consumo previo y las características personales, y seguir un enfoque escalonado que parta de dosis bajas (hasta 40 equivalentes de morfina/día) <a href="#">(Nivel de evidencia B) 27</a>, y realizar los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos propuestos <a href="#">(AG) 18</a></li> <li>• Monitorizar los resultados <a href="#">(Nivel de evidencia A) 27</a> comprobando si se han alcanzado los objetivos previstos y la aparición de posibles contraindicaciones absolutas o relativas y de conductas aberrantes <a href="#">(Recomendación B) 5</a></li> <li>• Se dejará constancia en la Historia de Salud de los objetivos y acuerdos alcanzados <a href="#">(Nivel de evidencia B) 27</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Morfina, oxycodona e hidromorfona:</b> Han demostrado una eficacia y tolerancia similar, y presentan una moderada eficacia en algunos síndromes que cursan con dolor crónico. La <b>morfina</b> es el opioide de referencia por ser el más costo-efectivo y con mayor experiencia de uso. <a href="#">(Grado de recomendación I) 4</a>.</li> <li>- <b>Fentanilo TTS:</b> Se recomienda fentanilo TTS en pacientes en tratamiento con morfina, oxycodona o hidromorfona que han perdido la disponibilidad de la vía oral, por náuseas y vómitos <a href="#">(Recomendación C) 5</a>. Para su inicio se calculará la dosis diaria equianalgésica de morfina y realizarán los ajustes necesarios <a href="#">(AG)</a></li> </ul> </li> <li>• En caso de utilizar dosis de 90-180 mg de morfina o dosis equianalgésica de cualquier opioide <a href="#">(Nivel de evidencia D) 27</a> se requiere una reevaluación cuidadosa del riesgo de dependencia y una monitorización estrecha <a href="#">(Nivel de evidencia B) 27</a> por profesionales vinculados a las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) <a href="#">(Recomendación C) 6</a></li> </ul>

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

**3ª línea**

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

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

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

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

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

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

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

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

Se debe seguir una pauta escalonada como en el dolor nociceptivo y en el dolor neuropático, siguiendo ambos esquemas de tratamiento y añadiendo desde el principio tratamiento específico para el componente neuropático [\(AG\)](#)

**4.4 INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

- Se recomendará a todos los pacientes con el objetivo de disminuir el dolor, aumentar la calidad de vida y mejorar el aprendizaje de conductas de adaptación activas [\(AG\)](#). Tendrá un enfoque integrador y progresivo comenzando por aquellas intervenciones de más baja intensidad [\(Recomendación C\)18](#) y adaptándolas a las características y respuestas de la persona con dolor crónico, y dependerá de [\(Recomendación A-2\)3](#).

- La disponibilidad de tiempo

- La motivación para seguir un programa estructurado

- Los recursos personales para el autocuidado

- Tiempo de evolución del dolor crónico

- Se recomienda utilizar la entrevista motivacional y establecer un acuerdo terapéutico con el paciente, especialmente en los casos de riesgo elevado de conductas de uso inadecuado de opioides [\(AG\)](#)

**Intervenciones de baja intensidad**

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

Es un contacto terapéutico mínimo, que incluye entregar materiales escritos que contengan información sobre qué es el dolor, su tratamiento, los hábitos de vida saludable, la higiene del sueño, la actividad física y el ejercicio físico, la relajación, y el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana <sup>(AG) 28</sup> a través de la relajación, la resolución de problemas, el afrontamiento de las preocupaciones, la autoestima o la gestión de los periodos de actividad-reposo y los activos o recursos comunitarios para favorecer el automanejo <sup>(AG)</sup>

- **Intervenciones individuales de autoayuda guiada**

Es un contacto terapéutico, con el apoyo y la supervisión médica y/o enfermera mediante entrevistas programadas, con una periodicidad quincenal y un mínimo de 2, con el objetivo de facilitar el aprendizaje del autocuidado. Incluyen materiales escritos con información sobre qué es el dolor, el tratamiento del dolor, los hábitos de vida saludable, higiene del sueño, ejercicio físico, relajación, autocuidado, resolución de problemas, afrontamiento de las preocupaciones, gestión de la actividad-reposición y los activos o recursos comunitarios para favorecer el automanejo <sup>(AG)</sup>

**Intervención de alta intensidad o Intervención grupal psicoeducativa**

Se trata de un programa de abordaje del dolor, con un enfoque integral, que tiene como fin, el aprendizaje del automanejo del dolor crónico, para conocer su enfermedad y ser capaces de convivir y afrontar las dificultades, reforzando los recursos personales y habilidades. Se trata de un programa estructurado de 11 sesiones que incluye entre otros, componentes educativos, de relajación y ejercicio físico <sup>(AG) 18</sup> (Anexo 2)

**4.5 INTERVENCIÓN FÍSICA Y REHABILITADORA**

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

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

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intervención individual sobre actividad física:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos los pacientes recibirán al menos una intervención terapéutica mínima, que incluye la entrega de materiales escritos con consejos sobre higiene postural, consejo básico ocupacional, y mantener la actividad física y otros materiales específicos adaptados a la enfermedad y a la zona corporal donde presenta el dolor <sup>(AG)</sup> (Anexo 3). El consejo de mantenerse activo debe reforzarse especialmente en los pacientes con lumbalgia</li> <li>- Algunos pacientes con menos capacidad de autogestión recibirán apoyo y supervisión médica y/o enfermera mediante entrevistas programadas con una periodicidad quincenal y un mínimo de 2, con el objetivo de facilitar el aprendizaje del ejercicio y la adherencia al mismo <sup>(AG)</sup></li> </ul> </li> <li>• <b>Intervención grupal sobre ejercicio físico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma parte del programa de intervención psicoeducativa grupal, iniciándose en la 5ª semana de la intervención psicoeducativa grupal, con 2 sesiones semanales de 30 minutos (Anexo 3) Para mejorar la adherencia al ejercicio físico se deben tener en cuenta la supervisión de las sesiones <sup>(Recomendación B)18</sup>, la entrega de material suplementario <sup>(Recomendación C)18</sup> y la combinación de ejercicios en el hogar y el grupo <sup>(Recomendación B)18</sup></li> </ul> </li> <li>• <b>Terapia Física (TF):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de TENS, de baja o alta frecuencia se recomendará en el dolor crónico <sup>(Recomendación A)18</sup> Se recomendarán en algunos pacientes dependiendo de la enfermedad de base, la localización del dolor y la respuesta a la aplicación del PTI <sup>(Recomendación B)3</sup> y especialmente en la lumbalgia <sup>(Recomendación A)18</sup></li> <li>- La ACUPUNTURA puede ofrecerse como opción terapéutica para el alivio del dolor a corto plazo en la lumbalgia crónica y el dolor de rodilla <sup>(Recomendación C)18</sup></li> <li>- La terapia manual (movilización, manipulación y masaje) debe ser tenida en cuenta en la lumbalgia crónica y la cervicalgia crónica <sup>(Recomendación B)18</sup></li> </ul> </li> </ul> <p><b>4.6</b> (i) Se informará del procedimiento a realizar, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de los riesgos, beneficios y alternativas. Se le entregará el formulario de consentimiento informado (CI) del procedimiento a realizar, según el Catálogo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (x) recomendándole su lectura reflexiva, manifestando una actitud facilitadora para atender a sus dudas y preguntas en todo momento.</p> <p><b>4.7</b> El profesional de Enfermería orientará el plan de cuidados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1605 Control del dolor</li> <li>• NOC 1402 Autocontrol de la Ansiedad</li> <li>• NOC 1813 Conocimiento Régimen terapéutico</li> <li>• NOC 1808 Conocimientos: Medicación</li> </ul>

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

## Médico de Familia, Enfermera de Familia y Fisioterapeuta

Actividades	Características de calidad
<p><b>5º</b> <b>SEGUIMIENTO</b></p>	<p><b>5.1</b> El seguimiento del PTI será individualizado en función de la patología de base, las características del paciente y el tipo de intervenciones que contenga dicho Plan, al menos se recomienda <sup>(AG)</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Al mes de indicar el PTI</b>, se realizará BPI-Sp para la funcionalidad global, la EVN para la intensidad del dolor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si se produce una disminución del <math>\geq 30\%</math> con respecto a la puntuación inicial en la EVN y/o una disminución <math>\geq 2,5</math> puntos con respecto a la puntuación inicial en el BPI-Sp se mantendrá el PTI instaurado y se volverá a evaluar a los 3 meses de su aplicación</li> <li>- Si esta disminución no se produce, se ajustará el tratamiento farmacológico de acuerdo con la pauta escalonada y se evaluará de nuevo al segundo y tercer mes de la aplicación del PTI.</li> </ul> </li> <li>• <b>A los 3 meses del inicio del PTI</b> se realizará el BPI-Sp y la EVN: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si se mantiene la reducción o disminución, se mantendrá el PTI y se volverá a evaluar a los 6 meses del inicio.</li> <li>- Si no se ha conseguido la reducción pese al ajuste escalonado de la intervención farmacológica, se reevaluará la intervención sobre hábitos saludables y la intervención psicoeducativa y se evaluará a los 6 meses del inicio del PTI.</li> <li>- Se volverá a explorar el área psicoemocional realizando nuevamente el cribado de la afectación del estado de ánimo (depresión o ansiedad) <sup>(AG)17</sup>. Si el cribado es positivo hay que realizar una evaluación complementaria utilizando las siguientes herramientas diagnósticas <sup>(AG)16</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GAD-7 para ansiedad</li> <li>• PHQ-9 para detección y valoración de depresión</li> </ul> </li> <li>- En los pacientes en los que considere la ansiedad, la depresión o la somatización como diagnóstico principal, se abordarán en el marco del PAI ADS con salida de este PAI</li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pasados los 6 meses del inicio del PTI:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la situación es de estabilidad, con poca probabilidad de cambio, se planteará un seguimiento semestral, con el mantenimiento de los hábitos de vida saludable, la intervención farmacológica y las recomendaciones de automanejo derivadas de la intervención psicoeducativa <sup>(AG)</sup>.</li> <li>- Si la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos, debe considerarse como un cuadro de <b>dolor crónico de difícil control</b>, tributario de interconsulta a la UTD <sup>(AG)</sup></li> </ul> </li> <li>• <b>Si durante el seguimiento del PTI <sup>(AG)</sup>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se considera necesaria la valoración o intervenciones específicas por parte del médico rehabilitador (tracciones, infiltraciones articulares, o de puntos gatillo), no incluidas en el PTI o no disponibles en AP a nivel local, se gestionará la cita correspondiente.</li> <li>- Se indicará tratamiento con opioides mayores, se añadirán las revisiones recomendadas para el ajuste de dosis y la valoración de efectos adversos</li> <li>- Se gestionará la cita para interconsulta con la UTD para: <sup>(AG)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La aplicación de técnicas invasivas</li> <li>• La rotación/cambio de opioides por aparición de efectos adversos del SNC (cita recomendada en un plazo inferior a 48 horas)</li> <li>• El uso de dosis superiores a 90 mg/día de morfina o dosis equianalgésicas de otros opioides mayores con dolor de difícil control (la cita recomendable en un plazo inferior a 1 mes)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>5.2</b> (H) Se comprobará que el paciente ha comprendido la información sobre el Plan terapéutico a realizar y se dejará registro documental de dicha información en la Historia de Salud</p> <p><b>5.3</b> Se elaborará un informe, para la los distintos ámbitos de atención AP-AH, que debe constar de datos clínicos relevantes en relación al dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de evolución del Plan terapéutico: intervenciones realizadas y plan individualizado de enfermería</li> <li>• Valoración de la intensidad del dolor y funcionalidad con los resultados de las herramientas utilizadas</li> </ul> <p><b>5.4</b> El profesional de Enfermería orientará el plan de cuidados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1605 Control del dolor</li> <li>• NOC 1402 Autocontrol de la Ansiedad</li> <li>• NOC 1814 Conocimiento Procedimiento Terapéutico</li> <li>• NOC 1808 Conocimiento Medicación</li> </ul>

## Anestesiólogo y Enfermera de la UTD

Actividades	Características de calidad
<b>6º EVALUACIÓN</b>	<p><b>6.1</b> Se valorará, en todos los pacientes, el diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamiento previo y actual, tanto farmacológico como no farmacológico, solicitándose nuevas pruebas complementarias en caso necesario para complementar la evaluación, <sup>(AG)</sup></p> <p><b>6.2</b> Se evaluará al paciente mediante la aplicación del protocolo “Exploración Psicológica Prequirúrgica” <sup>(AG) 29</sup> para la identificación de aquellas variables psicosociales que, junto con las indicaciones médicas, se constituyen en predictoras de los buenos o malos resultados de las intervenciones efectuadas para el tratamiento de los síndromes de dolor crónico</p> <p><b>6.3</b> Una vez evaluado, se aplicarán las siguientes actuaciones según el motivo de la interconsulta:</p> <p><b>UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS INVASIVAS</b></p> <p>Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la realización de exploración clínica  </p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se deberán adecuar las técnicas <sup>(AG)</sup><ul style="list-style-type: none"><li>- Al diagnóstico, particularmente en las personas con dolor crónico de difícil control y cuadros dolorosos localizados</li><li>- A las características individuales</li><li>- A la valoración psicológica prequirúrgica <sup>(AG)29</sup></li></ul></li><li>• Los procedimientos más utilizados son:<ul style="list-style-type: none"><li>- Bloqueos que deprimen la actividad del Sistema Nervioso</li><li>- Bloqueos miofasciales y puntos trigger</li><li>- Modulación-estimulación antiálgica</li><li>- Iontoforesis</li><li>- Infiltraciones articulares</li></ul></li><li>• Se solicitará, en caso de ser necesario para la aplicación de la técnica, valoración en la consulta de preanestesia siguiendo las recomendaciones del PAI Atención al Paciente Quirúrgico <sup>(AG)</sup></li><li>•  Se informará a todos los pacientes:<ul style="list-style-type: none"><li>- Sobre el procedimiento que se le va a realizar y sus posibles efectos secundarios y alternativas</li><li>- La necesidad de completar formulario de consentimiento informado, según el procedimiento y el Catálogo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales </li></ul></li></ul> <p><b>ROTACIÓN/CAMBIO DE OPIOIDES POR EFECTOS ADVERSOS DEL SNC</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se valorarán las circunstancias relacionadas con los efectos adversos (deshidratación, edad, comorbilidad), el tipo y dosis de opioides utilizados y otros medicamentos con acción sobre el SNC <sup>(AG)</sup></li></ul>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tras el ensayo de alguno de los opioides utilizados inicialmente (morfina, oxycodona, hidromorfona), y ante la ausencia de eficacia por aparición de tolerancia y/o la presencia de efectos adversos difíciles de tolerar, se recomienda reducir la dosis gradualmente o cambiar a otro opioide por vía oral (morfina, oxycodona, hidromorfona) o transdérmica (Fentanilo TTS) <a href="#">(Recomendación B)18</a>,</li> <li>• Para el proceso de cambio de un opioide a otro: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calcular la dosis diaria equivalente de morfina del opioide que venía tomando y la del nuevo opioide a indicar, para ello se tendrá en cuenta que las tablas equianalgésicas y calculadoras existentes son solo orientativas <a href="#">(AG) 30</a></li> <li>- Reducir la dosis calculada del nuevo opioide entre el 25 y el 50%, según las características individuales del paciente (edad, raza), la tolerancia cruzada que pueda existir entre los opioides y la dosis alcanzada con el opioide inicial, este margen de seguridad trata de evitar la sobredosificación durante el cambio de opioide. En el caso de la metadona la reducción se establecerá en el 75-90% de la dosis calculada. Adicionalmente a la primera reducción se podrá realizar una segunda reducción de un 15-30% según factores como intensidad del dolor, presencia de insuficiencia hepática, renal o respiratoria, o riesgo psicosocial de mal uso de opioides, <a href="#">(Recomendación C)18</a>.</li> <li>- Reducir/iniciar las dosis de ambos opioides de forma escalonada y con progresión de los cambios de aproximadamente el 30% cada 3 días, para completar el cambio en un periodo mínimo de 7-10 días, el periodo de ajuste puede ser mayor según los casos. Los ceses o inicios bruscos pueden provocar síndrome de abstinencia o efectos adversos por sobredosificación <a href="#">(AG) 30,31</a></li> <li>- Otros opioides a considerar en la rotación ante la no consecución de los objetivos de control con los utilizados inicialmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tapentadol:</b> En pacientes en tratamiento con morfina, oxycodona o hidromorfona y ante la presencia de efectos adversos intolerables, este medicamento se considera una alternativa de uso <a href="#">(Recomendación C)5</a></li> <li>• <b>Metadona:</b> Es costoeficiente, especialmente en pacientes adictos a opioides <a href="#">(Recomendación A)5</a>, pudiéndose utilizar en último lugar de la selección escalonada de opioides <a href="#">(Nivel de evidencia A)28</a> Su dosificación es complicada por su larga vida media y tendencia a la acumulación. Se asocia a mayor riesgo de muerte por sobredosis <a href="#">(Recomendación C)5</a> y requiere mayor experiencia</li> <li>• <b>Buprenorfina transdérmica.</b> Aunque con efecto limitado sobre la intensidad del dolor, supone una alternativa de tratamiento para los pacientes adictos con dolor crónico, al igual que la metadona <a href="#">(Recomendación A)5</a></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<p><b>EL USO DE DOSIS SUPERIORES A 90-180 mg/día DE MORFINA O DOSIS EQUIANALGÉSICAS DE OTROS OPIOIDES MAYORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establecerán los incrementos en la dosis diaria hasta alcanzar el control del dolor y su impacto, valorando el grado de tolerancia y riesgos o aparición de efectos adversos (dosis equianalgésicas <math>\geq</math> 200 mg/día de morfina, indican un nivel de tolerancia y riesgo de efectos adversos elevado) y se establecerá el ámbito y la periodicidad del seguimiento <a href="#">(AG)6</a>.</li> <li>• Durante la monitorización o seguimiento se deberá realizar evaluaciones periódicas de consecución de objetivos, aparición de efectos adversos y signos de adicción o utilización inadecuada de opioides. <a href="#">(Recomendación B)18</a></li> <li>• Los test de valoración inicial del riesgo de dependencia, aunque permiten estratificar el riesgo, tampoco son suficientes para detectar estos problemas <a href="#">(Recomendación B) 18</a></li> <li>• Los test urinarios y las monitorizaciones del consumo/prescripción no son suficientemente útiles para detectar los problemas de utilización de estos medicamentos. <a href="#">(Recomendación C) 18</a>,</li> </ul> <p><b>6.4</b> En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a :</p> <p>NOC 1605 Control del dolor  NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad  NOC 1814 Conocimiento Procedimiento Terapéutico  MOC 1808 Conocimiento Medicación</p> <p><b>6.5</b> (i) Se facilitará información clara y precisa al paciente y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p><b>6.6</b> Se garantizará la transmisión de la información entre profesionales de distintos ámbitos de atención (AP-AH) mediante informe de seguimiento o alta para garantizar la continuidad asistencial.</p>