

● dolor crónico no oncológico

Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a la identificación, evaluación, abordaje, seguimiento y tratamiento de los pacientes con dolor crónico no oncológico. Garantizándose en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.

NORMAS DE CALIDAD

IDENTIFICACIÓN

- Se realiza mediante la presencia de dolor, de cualquier localización, con una duración ≥ 3 meses), una intensidad ≥ 3 en la escala visual numérica (EVN) y con una de las siguientes características:
 - Dolor continuo
 - Dolor intermitente ≥ 5 días a la semana.
- La capacidad funcional será valorada por la repercusión subjetiva sobre la actividad de la vida diaria, laboral y de ocio, con la aplicación del BIP-sp (Anexo 2).
- Una vez identificado el paciente con dolor crónico debe ser evaluado de forma integral por el EBAP.

ATENCIÓN PRIMARIA

EBAP/EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE APOYO AL DOLOR EN AP (EMADAP)

- Realización de una evaluación inicial mediante:
 - Recogida de antecedentes personales de interés en relación al dolor.
 - Recogida de datos específicos sobre el síndrome doloroso:
 - Localización (irradiación...).
 - Características (continuo-intermitente).
 - Ritmo (mañana- noche, reposo- movimiento).
 - Factores que modifican la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación).
 - Calidad del dolor (penetrante, punzante, opresivo), realizando el cuestionario DN4 ante la sospecha de dolor neuropático (Anexo 3).
 - Revisión del diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamiento previo y actual en relación al dolor.
 - Realización de la exploración física, relacionada con el síndrome doloroso, que permita discriminar el tipo de dolor: nociceptivo, neuropático o mixto.
 - Recoger datos sobre la situación psicosocial: situación laboral, familiar, apoyo social, actividades de ocio; el patrón de sueño y el estado de ánimo.
 - No es preciso realizar pruebas complementarias excepto en aquellos casos que se precise confirmar o excluir un diagnóstico, o cuando existan signos de alarma (Anexo 4).
 - Valoración enfermera por Necesidades básicas de Virginia Henderson.

[dolor crónico no oncológico]

- Una vez realizada la evaluación inicial, se establecerá un plan terapéutico inicial, que debe ser elaborado en un periodo no superior a 2 semanas y registrado en la historia clínica, recogiendo qué tipo de intervenciones recibirá el paciente, en función de las áreas evaluadas.
- Este plan terapéutico debe constar de :
 - Intervención sobre hábitos saludables: actividad física, patrón de sueño, dieta (Anexo 6).
 - Intervención farmacológica.
 - Intervenciones no farmacológicas
- La intervención farmacológica se basará en el tipo de dolor:
 - Nociceptivo
 - Neuropático
 - Mixto: nociceptivo + neuropático

En todos los casos se utilizará la escala analgésica de la OMS, teniendo en cuenta las peculiaridades, según el tipo de dolor.

- Se debe dar información sobre las ventajas y los riesgos del uso de los fármacos, la periodicidad de la toma, y las interacciones con otros medicamentos (Anexo 10) haciendo especial hincapié, en estos aspectos, cuando se plantea el inicio del tratamiento con opioides.
- Utilizar la EVN para pasar de un escalón a otro en la escala analgésica de la OMS y la BIP-sp para valorar la capacidad funcional.
- La intervención no farmacológica constará de :
 - Medicina Física y Rehabilitación:
 - Introducción de ejercicio físico.
 - Realización de consejo básico ocupacional.
 - Fisioterapia.
 - Ayudas técnicas, prótesis u ortesis.
 - Establecimiento del Plan de Cuidados Estandarizado.
 - Una intervención preventiva psicoeducativa.
- La primera evaluación, tras la instauración del Plan terapéutico, se realizará en el plazo de un mes mediante el BIP-sp para la capacidad funcional y la EVN para el dolor. La puntuación de cada una de las escalas será determinante para fijar la periodicidad del seguimiento, según se explicita en el PAI.
- Si a los 6 meses, la evaluación de la intensidad del dolor medida por la EVN, no se ha reducido al menos un 30% y/o la capacidad funcional, no ha mejorado (disminución $\geq 2,5$ del BIP-sp), se debe considerar como un cuadro de dolor crónico tributario de ser valorado y tratado en Equipo Multidisciplinar de Apoyo al Dolor en AP (EMADAP)
- La evaluación del paciente con dolor crónico en el EMADAP, tiene que ser realizada en un periodo inferior a 30 días, tras la derivación.
- Esta evaluación constará de:
 - Reevaluación del diagnóstico, estudios complementarios realizados, tratamientos previos y actuales en relación con el dolor.
 - Recogida de antecedentes personales de interés en relación con el dolor, tales como cirugía previa, hábitos tóxicos, alteraciones psicológicas y tratamiento actual (farmacológico y no farmacológico).



[dolor crónico no oncológico]

- Recoger datos específicos sobre el síndrome doloroso:
 - Localización (irradiación...)
 - Características (continuo-intermitente)
 - Ritmo (mañana- noche, reposo- movimiento)
 - Factores que modifican la intensidad (movimiento-reposo, calor-frío, medicación)
 - Cualidad del dolor(penetrante, punzante, opresivo), realizando el cuestionario DN4 ante la sospecha de dolor neuropático (Anexo 3)
- Realizar exploración física relacionada con el síndrome doloroso y que permita discriminar el tipo de dolor: nociceptivo, neuropático o mixto.
- Realizar pruebas complementarias que se precisen para confirmar o excluir un diagnóstico, o ante la presencia de signos de alarma.
- Valoración enfermera por necesidades básicas de Virginia Henderson (Anexo 5).
- El Psicólogo clínico evaluará al paciente mediante los instrumentos HADS para ansiedad y depresión, PCS para catastrofismo e IDF para deterioro (Anexo 12).
- El plan terapéutico integral debe constar de :
 - Intervención sobre hábitos saludables (Anexo 6).
 - Intervención farmacológica.
 - Intervenciones no farmacológicas:
 - Medicina Física y Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas
 - Intervención psicológica grupal
 - Acupuntura
 - Técnicas mínimamente invasivas: manipulaciones, infiltraciones, bloqueos periféricos.
- La intervención farmacológica se basará en el tipo de dolor:
 - Nociceptivo
 - Neuropático
 - Mixto: nociceptivo + neuropático

En todos los casos se utilizará la escala analgésica de la OMS, teniendo en cuenta las peculiaridades, según el tipo de dolor.

- Se debe dar información sobre las ventajas y los riesgos del uso de los fármacos, la periodicidad de la toma, y las interacciones con otros medicamentos (Anexo 10) haciendo especial hincapié, en estos aspectos, cuando se plantea el inicio del tratamiento con opioides.
- Introducir la EVN para pasar de un escalón a otro en la escala analgésica de la OMS (variación del 30% con respecto a la puntuación inicial) y la BIP-sp para valorar la capacidad funcional.
- El plan terapéutico, en el EMADAP, debe ser elaborado en un periodo no superior a 2 semanas y registrado en la historia clínica, recogiendo qué tipo de intervenciones recibirá el paciente en función de las necesidades detectadas.
- El seguimiento, en el EMADAP, tras la instauración del Plan terapéutico se realizará al mes, a los 3 y a los 6 meses mediante las escalas descritas en el PAI.
- A los 3 meses de la intervención grupal, el psicólogo clínico realizará una nueva evaluación mediante los instrumentos citados (HADS para ansiedad y depresión, PCS para catastrofismo e IDF para deterioro). Se considerará que no hay mejoría si se dan cualquiera de las siguientes puntuaciones :
 - HADS ansiedad>7
 - HADS depresión>7

[dolor crónico no oncológico]

- PCS catastrofismo > 15
- IDF deterioro > 10

En cualquiera de estos casos, se realizará una evaluación individualizada del paciente, con un doble objetivo: detectar la presencia de problemas psicopatológicos y realizar un análisis detallado de los determinantes del problema en ese paciente (Anexo 16):

- Si se detecta la presencia de alteraciones psicopatológicas el paciente será valorado por EDSM.
- Si no existe alteración psicopatológica, pero concurren circunstancias que dificultan su adaptación al dolor, se realizará un tratamiento psicológico cognitivo-conductual individual, por parte del psicólogo del equipo multidisciplinar, diseñado de acuerdo con la problemática específica del paciente.
- Si a los 6 meses la evaluación de la intensidad del dolor, medida por la EVN, no ha disminuido al menos un 30% de la valoración inicial, se debe considerar como un cuadro de dolor crónico de difícil control y debe ser valorado y tratado en el Equipo Hospitalario Multidisciplinario de Apoyo al Dolor (EHMAD).
- Si el paciente va a ser evaluado en el EHMAD, previamente, se debe realizar un protocolo de evaluación psicológica (Anexo 17), para detectar la presencia de trastornos psicológicos que contraindiquen la aplicación de las técnicas invasivas.

ATENCIÓN HOSPITALARIA**EQUIPO HOSPITALARIO MULTIDISCIPLINARIO DE APOYO AL DOLOR (EHMAD)**

- La evaluación del dolor crónico de difícil control deberá ser realizada en un periodo inferior a 30 días, en el EHMAD.
- Se debe realizar una reevaluación del diagnóstico, de los estudios complementarios realizados y de los tratamientos previos y actuales en relación con el dolor.
- El plan terapéutico integral deberá constar de:
 - Intervención sobre hábitos saludables (ejercicio, patrón de sueño, dieta...)
 - Intervención farmacológica.
 - Intervenciones no farmacológicas.
 - Medicina Física y Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, ayudas técnicas.
 - Técnicas invasivas (Anexo 18).
- La intervención farmacológica se basará en el tipo de dolor:
 - Nociceptivo
 - Neuropático
 - Mixto: nociceptivo + neuropático

En todos los casos se utilizará la escala analgésica de la OMS, teniendo en cuenta las peculiaridades, según el tipo de dolor.

- Se debe dar información sobre las ventajas y los riesgos del uso de los fármacos, la periodicidad de la toma, y las interacciones con otros medicamentos (Anexo 10) haciendo especial hincapié, en estos aspectos, cuando se plantea el inicio del tratamiento con opioides.
- Introducir la EVN para pasar de un escalón a otro en la escala analgésica de la OMS (variación del 30% con respecto a la puntuación inicial) y la BIP-sp para valorar la capacidad funcional.



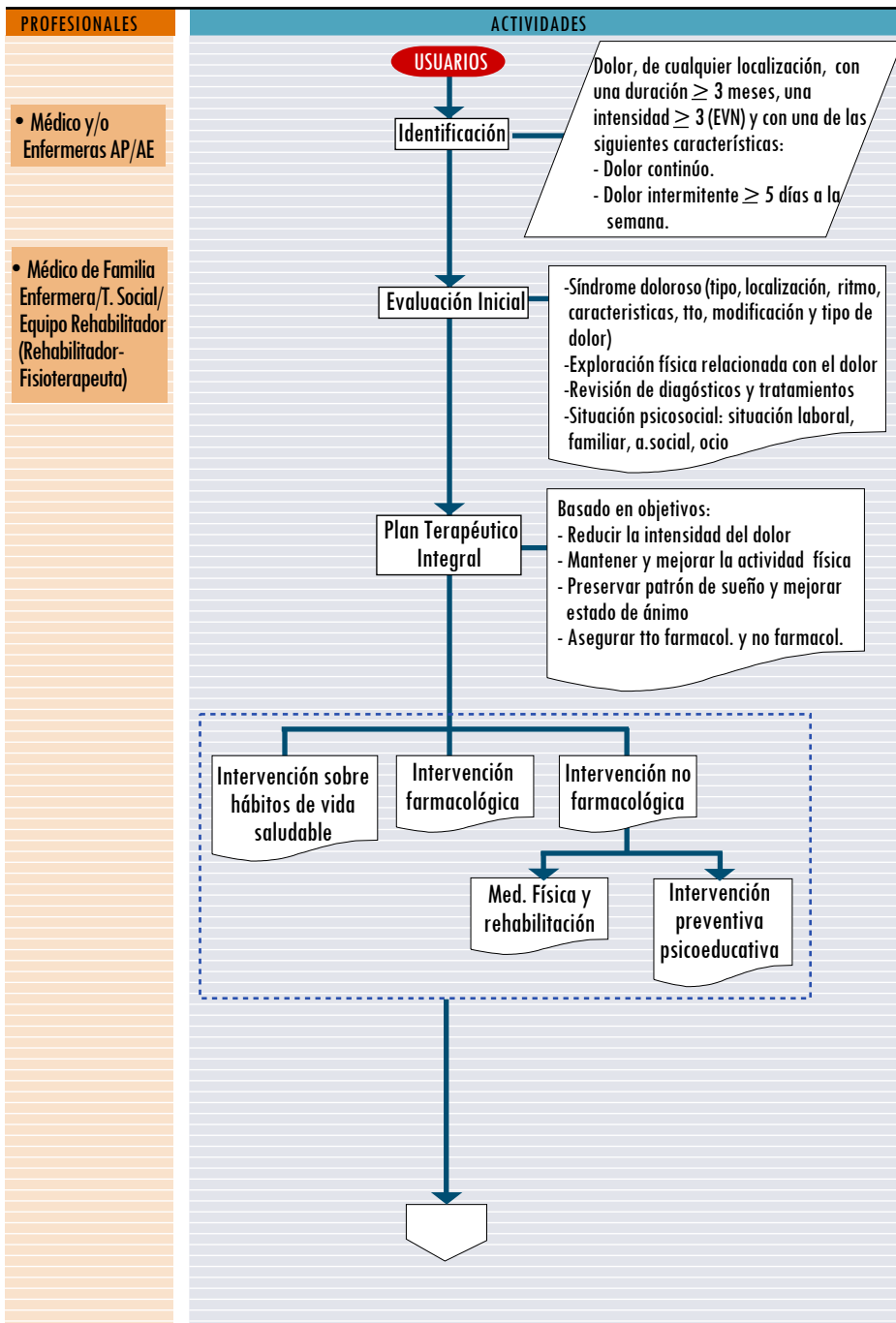
[dolor crónico no oncológico]

- El plan terapéutico deberá ser elaborado en un periodo no superior a 72 horas y registrado en la historia clínica, recogiendo qué tipo de intervenciones recibirá paciente, en función de las áreas evaluadas.
- El seguimiento debe individualizarse, en función de las características clínicas y de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas utilizadas, teniendo en cuenta que como mínimo, hay que realizar una revisión a los 30 días de la aplicación de cualquier técnica invasiva.
 - Si el dolor se controla, siendo la EVN $\leq 30\%$ respecto de la valoración previa, se remitirá al EMADAP para su seguimiento conjunto con el EBAP.
 - Si el dolor no se ha controlado se replanteará la técnica invasiva utilizada.

NORMAS DE CALIDAD INCLUIDAS EN EL CONTRATO PROGRAMA CONSEJERÍA-SAS

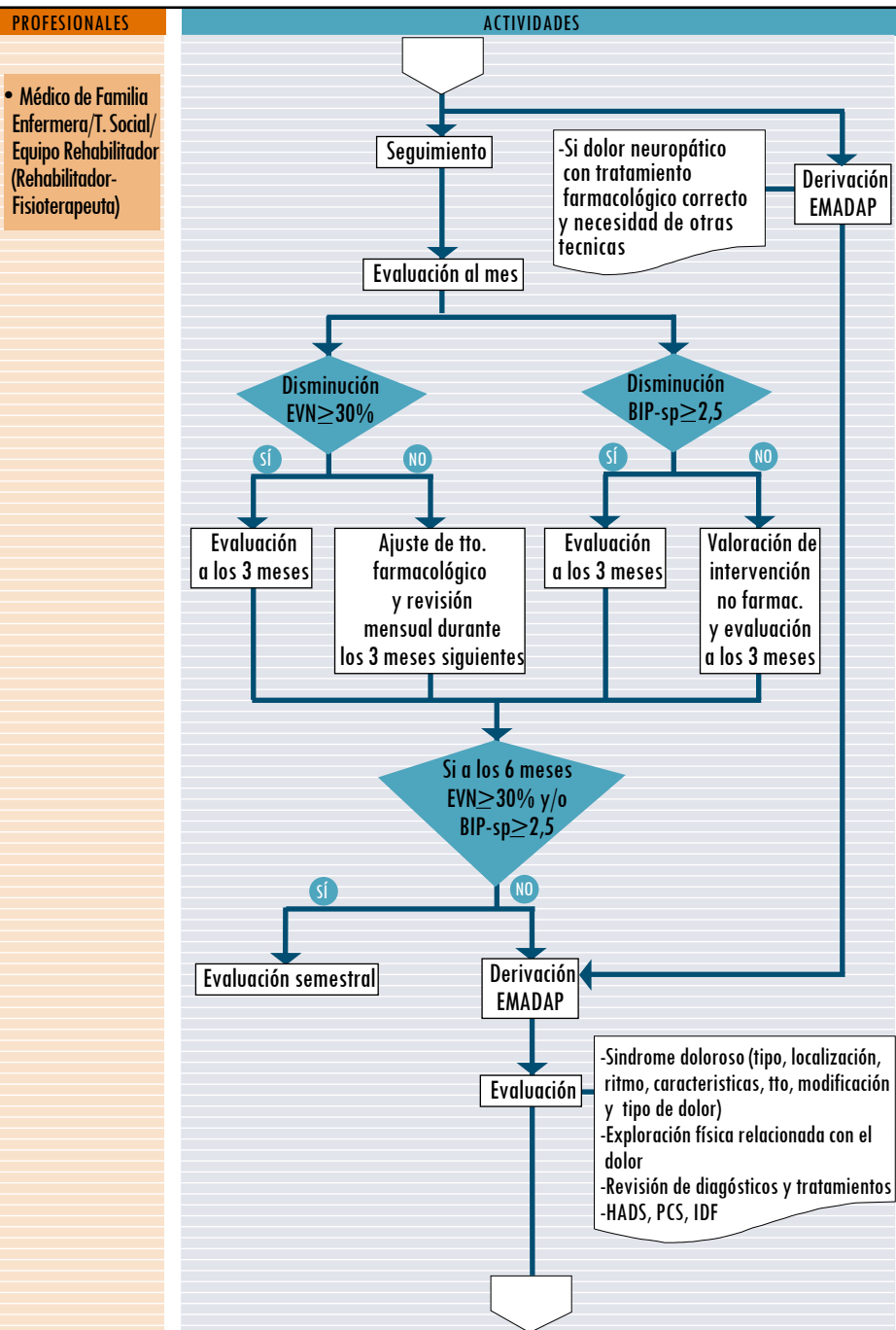
- Se realiza la identificación de los pacientes utilizando la escala visual numérica (EVN) para determinar la intensidad del dolor y el BIP-sp para valorar el deterioro de la capacidad funcional.
- Se realiza la exploración física relacionada con el síndrome doloroso, que permite registrar el tipo de dolor: nociceptivo, neuropático o mixto, en cualquiera de los recursos donde se asiste al paciente: EBAP, EMADAP y EHMAD.
- Se formula un plan integral de tratamiento que debe recoger los consejos de hábitos al paciente, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, en cualquiera de los recursos donde se asiste al paciente: EBAP, EMADAP y EHMAD.
- Se realiza una evaluación de seguimiento del paciente a los 30 días, tras la instauración del Plan terapéutico, incluyendo el Plan de cuidados de enfermería por el EBAP, o en su caso por el EMADAP.
- Cualquier técnica invasiva debe ser evaluada por el EHMAD en un plazo inferior a 30 días.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

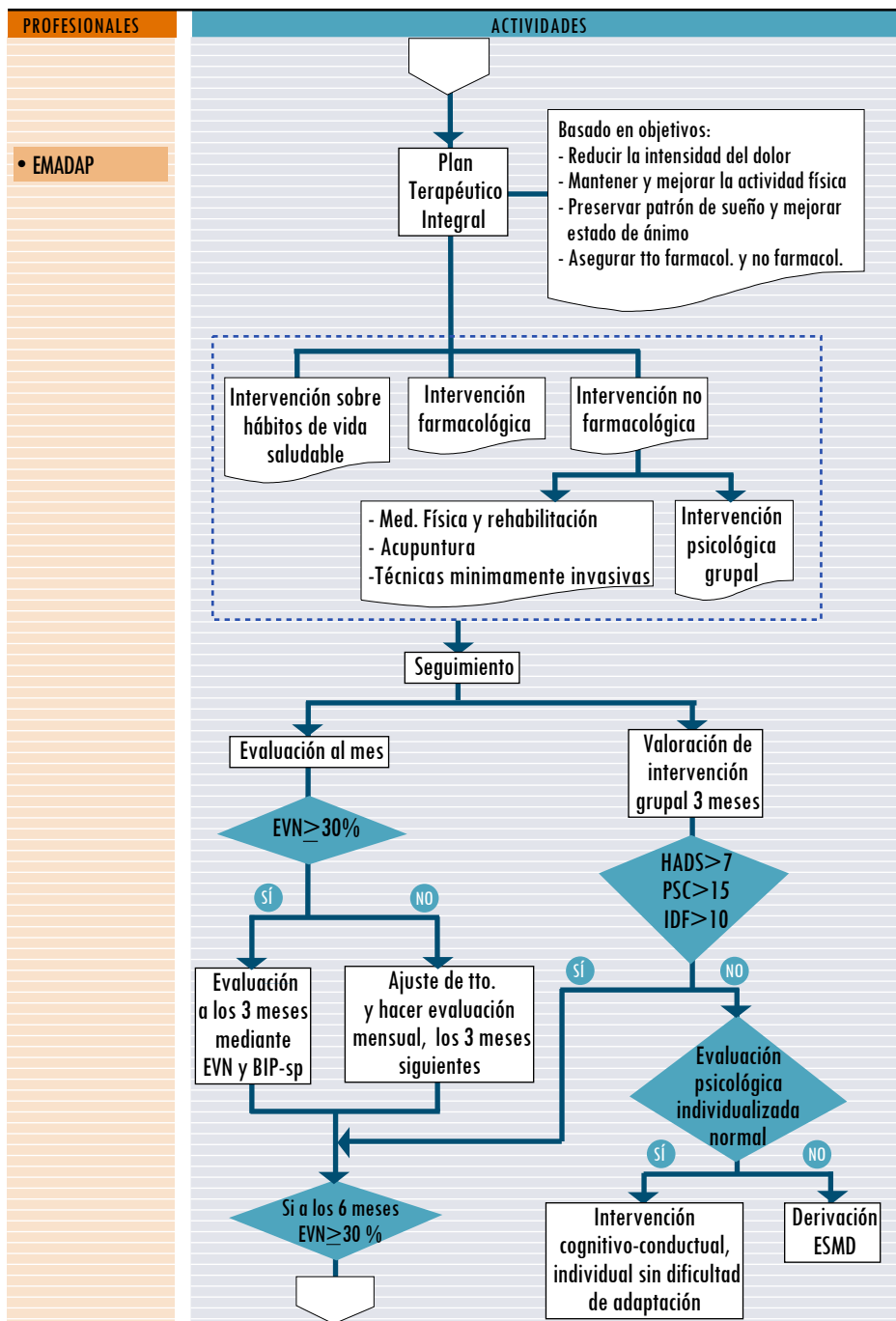


[dolor crónico no oncológico]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO



[dolor crónico no oncológico]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

