

# **Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS**

**(Plan de implementación Estrategia para el  
Abordaje de la Cronicidad en el SNS)**

**SANIDAD 2014**

**MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD**

# Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS

Aprobado por el Consejo  
Interterritorial del Sistema Nacional  
de Salud el 11 de junio de 2014

**Anticipo de edición**

**Grupo técnico de personas expertas**  
**Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).** Guillermina Marí Puguet  
**Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL).** Pilar Ruiz Márquez  
**Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF).** Josué Fernández Carnero  
**Asociación Española de Pediatría (AEP).** Tomás Acha García  
**Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).** Rafael Ballester Arnal  
**Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR).** Amador Priede Díaz  
**Federación de asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).** Manuela Monleón Just  
**Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).** Carmen de Francisco López  
**Sociedad Española del Dolor (SED).** Rafael Gálvez Mateos  
**Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).** Marta Alcaraz Borrajo.  
**Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).** Lola Murillo Fernández  
**Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).** Montserrat Pérez Encinas  
**Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID).** Presidente y representante: Rafael Torres Cuelco  
**Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).** Pedro Gil Gregorio  
**Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).** Alejandro Tejedor Varillas  
**Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF).** Francisco Manuel Martín del Rosario  
**Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG).** Francisco José Sanz Segovia  
**Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).** Pedro Ibor Vidal  
**Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).** Juana Sánchez Jiménez  
**Sociedad Española de Neurología (SEN).** José María Gómez Argüelles  
**Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).** Javier Espinosa Arranz  
**Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).** Maite Murillo González  
**Sociedad Española de Reumatología (SER).** Javier Vidal Fuentes  
**Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE).** Rocío Valentín Tovar  
**Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica (SEDAR).** Margarita Puig Riera de Conias  
Antonio Pajuelo Gallego

**Comités de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad**  
**Comité Técnico**  
**Coordinación Científica**  
Carmen Ferrer Arnedo  
Domingo Orozco Beltrán  
Pilar Román Sánchez  
**Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).** Ana Fernández Marcos  
**Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF).** Rafael Rodríguez Lozano  
**Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).** Olga Cortés Rico  
**Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).** José López Santiago  
**Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR).** César González-Blanch Bosch  
**Asociación Española de Trabajo Social y Salud.** Rosario Gualda García  
**Coalición Nacional de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas.** José Antonio Herrada García  
**Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).** Ampar Cuxart Fina  
**Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).** Joan Carlos Contel Segura  
**Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).** Estrella Mayoral Rivero  
**Foro Español de Pacientes.** María Dolores Navarro Rubio  
**Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).** Arantxa Catalán Ramos  
**Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).** M<sup>a</sup> Dolores Murillo Fernández  
**Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).** Montserrat Pérez Encinas  
**Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).** José Antonio Serra Resach  
**Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).** Emilia Bailón Muñoz  
**Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).** Emilio Casariego Vales  
**Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).** José Luis Llisterra Carro  
**Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).** Antonio Fernández-Pro Ledesma  
**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).** Dolores Cuevas Cuerda  
**Comité Institucional**  
**Comunidades Autónomas**  
**Andalucía:** Manuel Ollero Baturone  
**Aragón:** Luis Gómez Ponce  
**Asturias (Principado):** Julio Bruno Bárcena  
**Baleares (Islas):** Eusebi Castaño Riera

**Canarias:** Rita Tristancho Ajamil/Consuelo Company Sancho  
**Cantabria:** Manuel Francisco Fernández Miera  
**Castilla-La Mancha:** Paloma Leis García  
**Castilla y León:** José María Pino Morales/Siro LLeras Muñoz  
**Cataluña:** Albert Ledesma Castelltort  
**Extremadura:** José Ignacio Cardenal Murillo  
**Galicia:** Félix Rubial Bernárdez  
**Madrid:** Ana Miquel Gómez/Juan Carlos Ansede Cascudo  
**Murcia (Región de):** Asensio López Santiago  
**Navarra (Comunidad Foral):** Ignacio Yurss Arruga  
**País Vasco:** Andoni Arcelay Salazar.  
**Rioja (La):** Fernando Gallo Trébol  
**Comunidad Valenciana:** Manuel Yarza Cañellas  
**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**  
**Coordinación Técnica:** José Melquiades Ruiz Olano. M<sup>a</sup> Ángeles López Orive  
**Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación:** M<sup>a</sup> Mercedes Vinuesa Sebastián. Directora General  
**SG de Calidad y Cohesión:** Sonia García de San José. Yolanda Agra Varela. Inés Palanca Sánchez. Isabel Peña-Rey Lorenzo. Jesús Casal Gómez. Celia Juárez Rojo. José Rodríguez Escobar. Pilar Soler Crespo Grande López  
**SG de Información Sanitaria e Innovación:** M<sup>a</sup> Santos Ichaso Hernández-Rubio Pedro Arias Bohigas.  
**SG de Promoción de la Salud y Epidemiología:** Vicenta Lizarbe Alonso.. Begoña Merino Merino.. María Jiménez Muñoz  
**Observatorio de Salud de las Mujeres:** Sonia Peláez Moya.  
**Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia:** Pilar Díaz de Torres.. SG de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión. M<sup>a</sup> Jesús Guilló Izquierdo SG de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios  
**Dirección General de Ordenación Profesional:** Pilar Carbajo Arias. SG Ordenación Profesional  
**Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN):** Teresa Robledo de Dios.  
**Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO):** José M<sup>a</sup> Alonso Seco. SG de Planificación, Ordenación y Evaluación  
**INGESA (Ceuta-Melilla):** Francisco de Asís Jove Domínguez-Gil  
**Ministerio de Economía y Competitividad**  
**Instituto de Salud Carlos III**  
José Luis Monteagudo Peña  
**Revisores externos**  
Pilar Torrubia Atienza  
Josep María Borrás Andrés  
Rosario García de Vicuña Pinedo

**Asociaciones de pacientes consultadas**  
**Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (FEPNC).** Carmen Menéndez Llana  
**Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer (AECC).** Ana Fernández Marcos  
**Foro Español de pacientes.** M<sup>a</sup> Dolores Navarro.  
**Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI):** Ampar Cuxart Fina  
**FEDER (federación Española de Enfermedades Raras).** Begoña Martín Laucirica. Justo Herranz Arandilla. Fernando Torquemada  
**ASEM (federación Española de Enfermedades Neuromusculares):** Carmen Crespo Puras  
**Federación Española de Enfermedades Metabólicas Hereditarias:** Manuel Varela Vivero  
**Conartritis.** M<sup>a</sup> Luisa Balado García  
**Confederación Española de personas afectadas por reumatismos (CONFEPAR).** Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo  
**Coordinadora Española Asociaciones Espondilitis.** Isabel Rivero Ramos.  
**Fundación Afectados Fibromialgia.** Antonio Collado Cruz  
**Asociación Española contra la Osteoporosis.** Carmen Sánchez Chicharro  
**Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE).** Valeriano García Rivera  
**Federación Española de Ictus.** Carmen Aleix Ferrer  
**Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.** Jesús María Rodríguez Ramos  
**Fundación Alzheimer España:** Micheline Antoine Selmes  
**Federación Española de Parkinson.** María Gávez Sierra  
**Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ADELA).** Isabel Blázquez Gil  
**Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM).** Pedro Carrascal.  
**Asociación Nacional de Alzheimer AFALcontigo.** M<sup>a</sup> Jesús Morala del Campo  
**Fundación de Esclerosis Múltiple (FEM).** Gisela Carres González  
**Asociación de Miastenia de España (AMES).** José Luis González Cerezo  
**Confederación FEAFES.** Elena Briongo Rica  
**Mundo Bipolar.** Guadalupe Morales Cano  
**Coordinación científica**  
Juan Pérez Cajaraville  
M<sup>a</sup> Dolores Martín Rodríguez  
Pilar Román Sánchez  
**Coordinación técnica**  
**Subdirección General de Calidad y Cohesión**  
Paloma Casado Duráñez  
José Melquiades Ruiz Olano  
Celia Juárez Rojo

## 1. Introducción

El dolor se define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño» (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor *International Association for the Study of Pain –IASP–*). Se distinguen dos tipos básicos de dolor, agudo y crónico, entre los que existen diferencias. Mientras que el primero es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí mismo.

El dolor afecta de forma relevante la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y social. Representa un problema de salud pública dada su gran repercusión socioeconómica y constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud.

El dolor agudo asociado con intervenciones quirúrgicas, lesiones y otras condiciones puede producir complicaciones, incluido el riesgo de progresión a dolor crónico. Las acciones para mejorar el abordaje del dolor agudo y la identificación precoz de pacientes a riesgo de desarrollar dolor crónico pueden ayudar a avanzar en la prevención y en la disminución de la prevalencia de dolor crónico.

El dolor crónico persiste durante un período de tiempo superior a los tres meses y, con frecuencia, es de difícil tratamiento; puede causar problemas importantes al paciente; y tiene repercusiones negativas sobre su calidad de vida.

En la experiencia del dolor interactúan una serie de factores no solo biológicos, sino también emocionales y sociales. Es preciso conocer estos factores y su interrelación para realizar un abordaje integral, multidimensional e interdisciplinar. Para conseguir un mejor control del dolor y mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen es necesario contemplar junto al tratamiento analgésico, las medidas no farmacológicas y de promoción de estilos de vida saludables. Es importante promover un abordaje del dolor biopsicosocial y más centrado en la persona, a través de la información y formación de los pacientes, la formación de profesionales y la promoción del autocuidado.

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado. El déficit asistencial se extiende a pacientes hospitalizados o en régimen de atención ambulatoria. Algunos estudios han revelado que hasta un 18,7% de pacientes quirúrgicos y críticos (con EVA mayor o igual a 2) no tenían prescripción analgésica y casi dos terceras partes de las pautas analgésicas en estos pacientes eran prescritas a

demanda. Asimismo, existen referencias sobre la infravaloración del dolor en pacientes pediátricos y el inadecuado e insuficiente tratamiento del dolor en niños hospitalizados y en pacientes oncológicos. Las causas de la infravaloración del dolor y de la inadecuación en su tratamiento son de naturaleza multifactorial, siendo los problemas más destacados la falta de formación y de información del profesional sanitario; el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente; la falta de precisión, adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor; las normas para el uso de estupefacientes; y el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor. Otros factores están relacionados con la dificultad en la verbalización del dolor por parte del paciente y la comunicación entre la persona atendida y el profesional sanitario.<sup>1</sup>

La evaluación del dolor es un elemento esencial para detectar y proporcionar un adecuado tratamiento del mismo. Esta valoración ha de realizarse de una manera sistematizada y regular y asegurar que se están teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes.

## 2. Justificación

El dolor es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Desde diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS, se insta a los países a incluir el dolor entre sus prioridades políticas para que sus ciudadanos reciban la calidad de tratamiento adecuada.

La “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO) ha desarrollado estándares para un adecuado manejo del dolor que incluyen la información al paciente, educación de los profesionales sanitarios, evaluación del dolor y protocolos analgésicos.

En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad<sup>2</sup> se establecen un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. En el marco de la citada estrategia se ha identificado diferentes proyectos y líneas de trabajo para llevar a cabo la implementación, el seguimiento y la evaluación de la misma. Entre estos

---

<sup>1</sup> Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

<sup>2</sup> Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

proyectos se incluye el desarrollo de un Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS.

En la Encuesta Nacional de Salud de 2011/12<sup>3</sup>, un 11% 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 (13.5% mujeres y 8,7% hombres).

El 10% de las personas encuestadas manifiestan haber sido diagnosticadas de migraña o jaqueca en los últimos 12 meses (14,6% mujeres, 5,6% hombres), un 19,3% (26.2% mujeres, 12.1% hombres) ha padecido de artrosis, artritis o reumatismo. El 18% han referido dolor cervical, 24,2% de las mujeres y 11,3% de los hombres; y un 20.5% ha referido dolor lumbar (24,7% mujeres y 16,1% hombres). El 48.9% de las personas encuestadas (40,4% hombres y 55,6% mujeres) refieren haber utilizado medicamentos para el dolor en las 2 últimas semanas, y un 5,2% refiere haber utilizado medicamentos antiinflamatorios (6,8% mujeres, 3% hombres).

El dolor repercute en la calidad de vida de los pacientes. Más de la mitad de las personas con dolor intenso (53%) reconocen que se han visto obligados a reducir o limitar sus actividades sociales habituales

La prevalencia de dolor crónico es superior en las mujeres y aumenta en los grupos de más edad. La principal causa declarada son los problemas osteomusculares.

El dolor crónico aparece con frecuencia en aquellos pacientes que ya tienen una o más condiciones crónicas, en particular existe en población de edad avanzada un fuerte vínculo entre el aumento de la edad y la prevalencia de dolor crónico. El abordaje adecuado del dolor crónico puede llevar a una mejor calidad de vida y por tanto a un envejecimiento saludable y activo.

---

<sup>3</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ENSE 2011/12.



### 3. Alcance

El dolor es un síntoma que está presente en numerosas enfermedades y por ello en diferentes estrategias del SNS se incluyen aspectos relacionados con el abordaje del dolor, como en la Estrategia en Cáncer, Cuidados Paliativos o Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas. En ellas se contemplan aspectos concretos de cada tipo de dolor. Asimismo los aspectos relativos a la organización y gestión de las unidades de tratamiento del dolor están definidos en el documento sobre Estándares y Recomendaciones de calidad y seguridad<sup>4</sup>.

En este documento se pretende establecer un marco para el abordaje del dolor en el SNS de una manera transversal. Se incluye el dolor agudo, dolor crónico de origen oncológico y no oncológico, dolor perioperatorio (entendido como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos) y dolor relacionado con procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Los objetivos y recomendaciones desarrollados van dirigidos tanto a población infantil como adulta, aunque sería conveniente un abordaje más específico del dolor en la infancia por las peculiaridades y características que presenta. La infancia es un grupo de especial vulnerabilidad, debido a diversos factores:

- Ausencia de datos sobre prevalencia e impacto a largo plazo del dolor en la infancia.
- Validez de los procedimientos de evaluación del dolor en una edad en la que aún no se ha alcanzado un nivel de lenguaje suficiente para utilizar las escalas habituales.
- El tipo de respuesta y tolerancia del niño al dolor.
- Dificultad para la valoración del dolor en el neonato y en el lactante, precisándose de métodos de observación de conductas o signos clínicos.
- Distinta farmacocinética de algunos fármacos en la infancia debido al distinto metabolismo y desarrollo madurativo del niño.

Este conjunto de hechos hacen a la población infantil especialmente susceptible de sufrir dolor evitable, tanto por infravaloración del dolor que pueden sufrir como por infratratamiento.

### 4. Objetivo

El objetivo es proporcionar un marco de referencia para garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el SNS, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida. Se establecen objetivos y recomendaciones orientadas a promover la valoración del dolor, y mejorar su prevención y atención integral.

---

<sup>4</sup> Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

## 5. Metodología

La metodología de este proyecto ha sido participativa lo que le aporta un valor añadido, ya que se parte del compromiso de la Administración General del Estado y de las Administraciones Sanitarias Autonómicas en mejorar la calidad de la prevención y atención del dolor, la implicación de los sectores profesionales sanitarios relacionados y la participación de los pacientes.

En el Plan de Implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, aprobada por el Pleno del CISNS en 2012, se incluye el desarrollo de un documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Dada la oportunidad y pertinencia de abordar el dolor de una manera integral, se ha optado por ampliar el alcance y abordar no solo dolor crónico sino también dolor agudo. Y con un enfoque transversal, que contempla el dolor asociado a cualquier patología.

Se constituye un grupo de trabajo específico formado por sociedades científicas y personas expertas vinculadas al abordaje del dolor, que junto con los representantes del Comité Institucional de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS contribuyen a la identificación de puntos críticos y necesidades en la atención a las personas con dolor.

A partir de estas propuestas se elabora un primer borrador que se somete a valoración por el Grupo y el Comité Institucional, que da lugar a un segundo borrador. En esta fase se envía el documento para revisión externa por asociaciones de pacientes que participan actualmente en las estrategias.

Finalmente se remite el documento marco a los comités Institucional y Técnico de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS para consenso, previo a ser remitido al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

---

## 6. Líneas estratégicas

### **Línea 1. El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS**

#### **Objetivo específico 1.1: Establecer un marco para la implementación de las recomendaciones orientadas a mejorar el abordaje integral del dolor en el SNS**

Recomendaciones:

- 1.1.1 Impulsar que el abordaje integral del dolor se contemple en las estrategias y planes de salud autonómicos, en línea con los objetivos de la política sanitaria a nivel nacional.
- 1.1.2. Impulsar la creación de Comités Técnicos Asesores multidisciplinares a nivel autonómico para la implementación, seguimiento y mejora del abordaje del dolor, en el marco de los planes de salud existentes en cada CCAA y teniendo en cuenta su competencia organizativa.
- 1.1.3. Fomentar la creación de comisiones clínicas con la participación de los profesionales implicados en el abordaje del dolor para favorecer un manejo integral e interdisciplinar del dolor.
- 1.1.4. Impulsar el reconocimiento de iniciativas de Hospitales y Centros de Salud en el abordaje del dolor con la finalidad de promover su incorporación como una de las actuaciones preferentes en la organización.
- 1.1.5. Considerar el manejo del dolor como un elemento transversal básico en la concreción y actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

#### **Objetivo específico 1.2: Impulsar la participación de la ciudadanía y la capacitación de personas con dolor y sus cuidadores**

Recomendaciones:

- 1.2.1. Sensibilizar a la población general acerca de la necesidad de una adecuada valoración y abordaje del dolor.
- 1.2.2. Favorecer la participación de los pacientes en los procesos de planificación y diseño de políticas relacionadas con el abordaje del dolor.
- 1.2.3. Mejorar la información a los pacientes acerca de su dolor, su valoración y las medidas existentes para su tratamiento y cuidados.
- 1.2.4. Promover intervenciones que favorezcan la capacitación y la implicación en su autocuidado de las personas con dolor y sus cuidadores, dirigidas a mejorar el afrontamiento del dolor y a preservar la calidad de vida.
- 1.2.5. Fomentar la participación de las personas con dolor en la toma de decisiones acerca de las opciones diagnósticas y terapéuticas relacionadas con su proceso de atención y autocuidado.
- 1.2.6. Promover la incorporación de recursos informativos y formativos dirigidos a personas con dolor y sus cuidadores impulsando la utilización de nuevas tecnologías en el marco de las

iniciativas para la formación de pacientes, incluida la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos.

1.2.7. Incorporar la evaluación de la satisfacción de los pacientes y cuidadores en los programas dirigidos al abordaje del dolor.

### **Objetivo específico 1.3: Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud**

Recomendaciones:

1.3.1. Contemplar los determinantes sociales, incluyendo las desigualdades de género, en el diseño e implementación de las intervenciones que se desarrollen para el abordaje del dolor.

1.3.2. Desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje del dolor en grupos de población vulnerable como la infancia, personas mayores, personas con dificultades de comunicación o con deterioro cognitivo.

1.3.3. Velar por la equidad en el acceso a una información de calidad, a un diagnóstico precoz, a un tratamiento adecuado basados en la evidencia y a los cuidados necesarios.

### **Objetivo específico 1.4: Promover la formación y la investigación sobre dolor y su abordaje**

Recomendaciones:

1.4.1. Sensibilizar a los profesionales en relación con la necesidad de un adecuado abordaje del dolor que proporcione una valoración integral de la persona y una atención multidisciplinar.

1.4.2. Promover que la formación de los profesionales en pregrado, posgrado y formación continuada, contemple el dolor incluyendo el conocimiento de la naturaleza multidimensional del mismo y su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.

1.4.3. Favorecer estudios epidemiológicos que contribuyan a mejorar el conocimiento del dolor. Impulsar la investigación y la innovación en el manejo efectivo del dolor.

## **Línea 2. Prevención y Atención sanitaria basada en la evidencia científica**

### **Objetivo específico 2.1: Mejorar la prevención del dolor.**

Recomendaciones:

2.1.1. Fomentar actuaciones que favorezcan la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludables que puedan prevenir o retrasar la aparición del dolor y/o mejorar su afrontamiento.

2.1.2. Promover la identificación precoz de personas con riesgo de desarrollar dolor crónico y fomentar la valoración de las repercusiones en la esfera psicosocial.

2.1.3. Facilitar las intervenciones adecuadas a las personas con riesgo de desarrollar dolor crónico con el fin de minimizar el riesgo de cronificación y la aparición de complicaciones.

2.1.4. Desarrollar procedimientos de atención al dolor perioperatorio, incluido el dolor postoperatorio, consensuados y basados en la mejor evidencia científica disponible, con el fin de disminuir la variabilidad injustificada, la morbilidad y el riesgo de desarrollar dolor crónico.

2.1.5. Promover procedimientos de atención adaptados a la prevención o minimización del dolor asociado a los actos diagnósticos y terapéuticos u otros procedimientos potencialmente dolorosos consensuados y basados en la mejor evidencia científica disponible.

### **Objetivo específico 2.2: Promover e impulsar la valoración del dolor**

Recomendaciones:

2.2.1. Impulsar la implementación de un procedimiento para la valoración sistematizada de la intensidad del dolor como la 5ª constante vital y su registro por los profesionales sanitarios.

2.2.2. Promover la utilización de herramientas validadas que garanticen la valoración multidimensional del dolor, contemplando aspectos de funcionalidad y otros factores emocionales, sociales y de calidad de vida.

2.2.3. Fomentar la evaluación continua de la respuesta al tratamiento del dolor por parte de los profesionales implicados en su abordaje.

2.2.4. Promover el desarrollo y el uso de escalas adaptadas en la infancia y para personas con limitación de la capacidad de comunicación, como las personas con deterioro cognitivo o déficit sensorial.

2.2.5. Promover intervenciones que permitan valorar el dolor en los pacientes pediátricos y neonatales y desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para el abordaje del dolor en la infancia.

### **Objetivo específico 2.3: Proporcionar una atención sanitaria integral centrada en el paciente**

Recomendaciones:

2.3.1. Promover la implementación de guías de práctica clínica relacionadas con el dolor u otras herramientas de apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, fomentando su integración en la Historia Clínica Digital.

2.3.2. Favorecer la atención a las personas con dolor en el marco de los planes de atención domiciliaria que tengan implantados los servicios de salud de las CCAA, en especial en situaciones de cuidados paliativos.

2.3.3. Mejorar la capacidad resolutoria de los profesionales de Atención Primaria para coordinar los procesos relacionados con la atención integral a las personas con dolor.

2.3.4. Promover e impulsar la implementación, seguimiento y evaluación de planes individualizados de atención adaptados a las necesidades y preferencias de personas con dolor y sus cuidadores.

- 2.3.5. Impulsar que los planes individualizados de atención a las personas con dolor y sus cuidadores contemplen objetivos basados en la mejora de la calidad de vida y prevención de la discapacidad, considerando las comorbilidades.
- 2.3.6. Promover que en los planes individualizados de atención a las personas con dolor estén contemplados aspectos relativos al manejo de la medicación y dispositivos de administración, así como los tratamientos no farmacológicos, incluyendo aquellos dirigidos a la mejora de la capacidad funcional, el estado emocional y social.
- 2.3.7. Reforzar que en la atención integral de las personas en situación avanzada, terminal de su enfermedad se incorpore como uno de los elementos primordiales el abordaje y alivio del dolor tanto de origen oncológico como no oncológico.
- 2.3.8. Establecer sistemas para la monitorización y seguimiento del manejo del dolor, como los sistemas de alerta en la historia clínica digital.
- 2.3.9. Fomentar el abordaje interdisciplinar del dolor, la continuidad de cuidados y la evaluación y seguimiento del proceso de atención integral.
- 2.3.10. Promover en colaboración con la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS la evaluación de procedimientos relacionados con la atención al dolor.

## **Línea 3. Tratamiento del dolor**

---

### **Objetivo específico 3.1: Promover una atención sanitaria segura para el paciente**

Recomendaciones:

3.1.1. Promover procedimientos consensuados para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos relacionados con el dolor, identificando e implementando prácticas seguras vinculadas al tratamiento del dolor.

3.1.2. Promover la integración de herramientas de ayuda a la prescripción en la práctica clínica y la incorporación de sistemas de alerta electrónicos a la Historia Clínica Digital con el fin de promover la prescripción eficiente y segura de fármacos para el tratamiento del dolor, incluida la identificación de problemas de interacciones de la medicación.

3.1.3. Favorecer el acceso a materiales informativos sobre medicamentos de alto riesgo e informar y formar a los pacientes/cuidadores sobre las precauciones que hay que adoptar para hacer un uso seguro de los mismos.

3.1.4. Mejorar la información de los pacientes acerca de aspectos relacionados con los tratamientos farmacológicos, beneficios, eventos secundarios y adversos y adherencia terapéutica.

3.1.5. Promover la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.

3.1.6. Promover programas específicos de seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico relacionados con el dolor para valorar la adherencia terapéutica, adecuación de los tratamientos, necesidades de los pacientes, adecuación de dosis y detección de acontecimientos adversos relacionados con la medicación.

3.2.7. Fomentar la utilización de los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y el análisis de los mismos orientado a la mejora y al aprendizaje en el área de dolor.

### **Objetivo específico 3.2: Adecuar el uso de las medidas terapéuticas para aliviar el dolor**

#### Recomendaciones

3.2.1. Promover la elaboración de protocolos de tratamientos por patología recomendados desde las instituciones sanitarias y las sociedades científicas, con indicación de los estándares de elección y beneficios esperados, coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica, según criterios de eficiencia.

3.2.2. Mejorar la accesibilidad, disponibilidad y utilización segura de los opioides, incorporando las nuevas tecnologías en la prescripción de los mismos.

3.2.3. Promover la detección de factores emocionales concomitantes que puedan contribuir a la aparición, mantenimiento y/o agravamiento del dolor y su adecuada atención con el fin de permitir la aceptación, adaptación y adherencia al tratamiento.

3.2.4. Promover el uso de tratamientos psicológicos especializados de eficacia demostrada y adecuados a la necesidad y complejidad de los pacientes.

3.2.5. Potenciar los programas de autocuidado, de promoción de la actividad física y el bienestar emocional, de prevención del deterioro funcional, así como las medidas fisioterápicas y otras medidas de rehabilitación y otras medidas no farmacológicas para el manejo del dolor.

## **Línea 4 Coordinación y continuidad asistencial**

### **Objetivo específico 4.1: Promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales**

#### Recomendaciones

4.1.1. Promover mecanismos de información, comunicación, e interrelación presencial y no presencial, para los procesos relacionados con el dolor entre los profesionales de un mismo nivel y entre niveles asistenciales.

4.1.2. Fomentar que el plan de cuidados y soporte domiciliario al alta, contemple aspectos relacionados con el dolor en los casos en que esté indicado.

4.1.3. Promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre profesionales de distintos ámbito, en relación con los procesos de atención a las personas con dolor.



#### **Objetivo específico 4.2: Promover la coordinación entre profesionales y entre ámbitos asistenciales**

4.2.1. Favorecer que en la gestión por procesos asistenciales integrados y/o rutas asistenciales se contemplen aspectos relacionados con el dolor.

4.2.2. Desarrollar procedimientos asistenciales consensuados e interdisciplinarios relacionados con el abordaje del dolor desde un enfoque biopsicosocial, basados en la evidencia, ajustados a estándares de calidad y seguridad, que contemplen comorbilidades, polimedición y síntomas acompañantes.

4.2.3. Facilitar que en el marco de la coordinación sociosanitaria se contemple el abordaje biopsicosocial de las personas con dolor, garantizando la continuidad asistencial.

4.2.4. Promover la coordinación entre los equipos de atención primaria y servicios de farmacia hospitalarios para favorecer la conciliación de la medicación.

4.2.5. Potenciar la actividad farmacéutica comunitaria de cooperación con los profesionales sanitarios, incluidos Farmacéuticos de Atención Primaria y Hospitalaria, para optimizar la efectividad de los fármacos y minimizar los eventos adversos relacionados con la medicación.

4.2.6. Facilitar la transición entre niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados en el paso de la edad pediátrica a la edad adulta.