

## ORIGINAL

# ¿Cómo evaluar los resultados en salud en el dolor crónico no oncológico? Investigación cualitativa



Rita Tristancho<sup>a</sup>, Enrique Báñez Hernández<sup>b</sup>, Javier Ferrero Álvarez<sup>c</sup>,  
Rodrigo Gutiérrez Fernández<sup>d</sup>, Alberto Pardo Hernández<sup>e,f</sup>,  
Juana Sánchez Jiménez<sup>g</sup>, Ana Isabel Vázquez Lojo<sup>h</sup>, Antón Herreros Ortega<sup>i</sup>  
y José Joaquín Mira Soves<sup>j,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información, Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>b</sup> OSI Araba, Sede Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, España

<sup>c</sup> Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Pabellón de Italia, Sevilla, España

<sup>d</sup> Servicio de Programas de Humanización, Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

<sup>e</sup> Subdirección General de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

<sup>f</sup> Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

<sup>g</sup> Centro de Salud Daroca, Madrid, España

<sup>h</sup> Liga Reumatológica Gallega y Liga Reumatológica Española, Madrid, España

<sup>i</sup> Fundación para la Investigación en Salud, FUINSA, Madrid, España

<sup>j</sup> Universidad Miguel Hernández y Departamento de Salud Alicante Sant Joan, Alicante, España

Recibido el 17 de febrero de 2022; aceptado el 23 de mayo de 2022

Disponible en Internet el 25 de junio de 2022

## PALABRAS CLAVE

Dolor crónico;  
Pacientes;  
Calidad de la  
atención sanitaria

## Resumen

**Introducción y objetivos:** Existe una carencia de indicadores que evalúen los resultados en salud del dolor crónico no oncológico (DCNO). El objetivo de este estudio fue consensuar cómo evaluar los resultados en salud en DCNO en España, así como proponer líneas de actuación para disponer de un marco óptimo de evaluación no solo para pacientes, sino también para profesionales y gestores.

**Material y métodos:** Estudio de investigación cualitativa mediante entrevistas grupales dirigidas. Estas siguieron un guion basado en preguntas estructuradas mediante la metodología PICO.

**Resultados:** Además de la intensidad del dolor, los principales aspectos que deben medirse son el tiempo sin dolor, la mejora del descanso/sueño, la mejora del estado de ánimo, la recuperación de las actividades cotidianas y la adherencia al tratamiento y, en el ámbito de la gestión, el consumo de recursos. Debe definirse el objetivo del tratamiento de forma individualizada, basándose en el ajuste de las expectativas entre el profesional y el paciente, teniendo en cuenta sus preferencias e implicándolo en el proceso terapéutico. Hay que informar y formar a los pacientes y cuidadores, con especial énfasis en la vertiente psicoemocional del dolor.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira Soves).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.05.006>

2603-6479/© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Conclusiones:** Es necesario evaluar los resultados en salud en DCNO en España. Se proponen pautas de actuación que permitan disponer de un contexto adecuado de evaluación para el paciente, los gestores y los profesionales sanitarios.

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Chronic pain;  
Patients;  
Quality of health care

## How to assess health outcomes in chronic non-cancer pain? Qualitative research

### Abstract

**Introduction and objectives:** There is a lack of indicators that evaluate the health results of the non-cancer chronic pain (NCCP). The objective of this study was to agree on how to evaluate health outcomes in NCCP in Spain, as well as to propose lines of action to have an optimal evaluation framework not only for patients, but for healthcare professionals and managers as well.

**Material and methods:** This was a qualitative research study through directed group interviews which followed a script based on structured questions using the PICO methodology.

**Results:** More than the intensity of pain, the main points to be measured are pain-free time, improved rest/sleep, improved mood, recovery of daily activities and adherence to treatment, in addition to—in the scope of management— resource consumption. The therapeutic objective must be defined individually, based on the adjustment of expectations between the healthcare professional and the patients, taking into account their preferences and involving them in the therapeutic process. Patients and caregivers must be informed and trained with special emphasis on the psycho-emotional sphere of pain.

**Conclusions:** It is necessary to evaluate the health outcomes in NCCP in Spain. Lines of action are proposed that might provide an adequate assessment framework for the patient, the healthcare professionals and the health managers.

© 2022 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El dolor crónico es aquel que persiste más allá de tres meses, incluso aunque los factores desencadenantes hayan desaparecido. Se ve especialmente influido por factores ambientales y emocionales, con una notable afectación de la calidad de vida<sup>1</sup>. El 50-64% de los pacientes refieren limitaciones en su vida cotidiana por este motivo<sup>2</sup>. En España, el dolor crónico tiene una prevalencia aproximada del 17%<sup>3</sup> y representa la segunda causa de consulta en atención primaria (AP)<sup>4</sup>. Entre los seis trastornos crónicos más prevalentes se encuentran el dolor lumbar, la artrosis y el dolor cervical crónico<sup>5</sup>. En nuestro país, el tiempo medio de demora hasta el diagnóstico es 2,2 años<sup>3</sup> y el 69% de los pacientes esperan al menos un año desde el comienzo del dolor hasta ser derivados<sup>6</sup>.

Además de su enorme impacto social, el dolor crónico comporta elevados costes, tanto directos como indirectos<sup>7</sup>. En España se estima que el dolor crónico supone un 2,5% del producto interior bruto<sup>3</sup>.

La evaluación de resultados en salud que incorpora la experiencia del paciente constituye uno de los objetivos actuales de los servicios de salud. El paciente ha pasado de ser objeto a sujeto de la atención sanitaria, y participa de forma cada vez más activa en el resultado alcanzado<sup>8</sup>. Las estrategias de cronicidad puestas en marcha por los servicios de salud y el Ministerio de Sanidad responden a este nuevo enfoque<sup>9,10</sup>. El dolor crónico oncológico ha sido abordado por

la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, que ha propuesto una serie de indicadores para su evaluación<sup>11</sup>. Sin embargo, este cambio de paradigma sigue siendo crítico para aquellas enfermedades más prevalentes, incapacitantes y con un mayor impacto sociosanitario, como es el dolor crónico no oncológico (DCNO).

Ha habido intentos en España de introducir indicadores para evaluar el DCNO, como los propuestos en las comisiones de dolor de la Comunidad de Madrid<sup>12</sup>. De los 11 indicadores incluidos en la «Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS»<sup>10</sup>, uno está orientado a valorar el estilo de vida del paciente para fomentar su empoderamiento.

El objetivo de este estudio fue consensuar, mediante un estudio cualitativo de búsqueda de consenso, el establecimiento de pautas para evaluar los resultados en salud en DCNO en España, así como proponer posibles líneas de actuación para disponer de un marco óptimo de evaluación, tanto para el paciente como para los profesionales y los gestores sanitarios.

## Metodología

Se realizó un estudio de investigación cualitativa mediante entrevistas grupales dirigidas. Se contó con un grupo multidisciplinar formado por 8 profesionales (médicos, psicólogos clínicos, técnicos y gestores) y una representante de asociaciones de pacientes. Estos cubrían el campo del dolor desde

**Tabla 1** Preguntas PICO formuladas en las entrevistas grupales dirigidas**Primera entrevista**

*¿Cómo creéis que podríamos mejorar la atención de los sistemas sanitarios al paciente con dolor?*  
*¿Cómo veis las TIC para tenerlas en cuenta como herramienta de mejora de las administraciones?*  
*¿Es importante medir resultados, pero no con indicadores?*  
*¿Qué indicadores usaríais para medir la atención al DCNO?*  
*¿Qué debería medirse y cuál sería el valor de los posibles indicadores?*

**Segunda entrevista**

*¿Qué es lo importante en la atención al dolor?*  
*¿Qué recursos son necesarios para medir?*  
*¿Qué áreas o conceptos habría que medir?*  
 Gestión: aspectos asistenciales y de atención sanitaria, impacto económico.  
 Profesionales sanitarios: aspectos clínicos y necesidades asistenciales, frecuencia de visitas, uso de recursos  
 Paciente: experiencia del paciente, funcionalidad y calidad de vida, impacto en el día a día, impacto laboral

DCNO: dolor crónico no oncológico; PICO: Paciente o problema de interés; Intervención principal a considerar; intervención de Comparación, y *Outcome* o resultado a valorar; TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

diferentes perspectivas: gestión, administración autonómica y estatal en el ámbito de calidad, experiencia clínica en dolor, sistemas de información para la evaluación, evaluación de la calidad asistencial, psicología de la atención al dolor, y atención al dolor desde la perspectiva del paciente. El estudio se llevó a cabo entre marzo y noviembre de 2021.

Los profesionales fueron elegidos en función de los siguientes parámetros: ser expertos clínicos en la atención al dolor desde una unidad del dolor y desde AP, con experiencia en la gestión asistencial; ser expertos en gestión de la calidad y en planificación asistencial de la administración sanitaria; haber participado en proyectos relacionados con la atención al dolor, a nivel de investigación o de implementación; o pertenecer a sociedades científicas o asociaciones de pacientes implicadas en la atención a las personas con dolor. Los participantes, 3 mujeres y 5 hombres, fueron representativos de la diversidad geográfica nacional.

Se realizaron dos entrevistas grupales dirigidas por un moderador externo con experiencia en la conducción y aplicación de técnicas cualitativas, que fue el responsable de elaborar el guion. En la primera entrevista se puso en perspectiva el proyecto y se analizó su viabilidad, evaluando el estado de la situación y consensuando los puntos a discutir. En una segunda entrevista se debatieron en detalle estos puntos y se hicieron propuestas concretas.

Para alcanzar los objetivos del proyecto, las entrevistas siguieron un guion basado en preguntas específicas estructuradas mediante la metodología PICO (Paciente o problema de interés; Intervención principal a considerar; intervención de Comparación, y *Outcome* o resultado a valorar) (tabla 1).

La dinámica de las sesiones fue grabada, con autorización de los participantes, para su posterior análisis y codificación. Una vez realizada cada entrevista, estos recibieron un acta-resumen y pudieron enviar sus matizaciones durante un periodo de 15 días. Dichas modificaciones fueron incorporadas al informe final.

Seguidamente se llevó a cabo la síntesis de resultados, integrando las ideas debatidas en categorías mutuamente excluyentes. La información recogida se estructuró en las siguientes categorías: ¿Qué es lo importante en la atención al dolor? ¿Qué recursos son necesarios para poder medir? ¿Qué áreas o conceptos de la gestión/profesional sanitario/paciente habría que medir? ¿Qué líneas de actuación fundamentales definirían un marco de abordaje evaluable y eficiente del DCNO a nivel de gestión/profesionales sanitarios/paciente?

## Resultados

### Necesidad de evaluar los resultados en salud en DCNO

En la primera entrevista grupal los expertos expresaron la necesidad de evaluar los resultados en salud en DCNO. En sus propias palabras, «en Andalucía hay un millón y medio de pacientes con dolor crónico esperando casi dos años para ser atendidos», «se han hecho varios intentos de definir indicadores, pero no han llegado a buen puerto», o «el dolor se trata mal porque no siempre se mide bien». Se expresó que una de las carencias de la atención al DCNO por parte de las administraciones es que muchas de las acciones que se realizan no se miden, por lo que no se puede saber si son efectivas.

Hubo bastante consenso en que debe contarse con unos objetivos claros de abordaje del dolor, de los que pueda valorarse su nivel de consecución. Estos deben contemplar el abordaje del dolor de forma que el paciente experimente una mejora en términos de su estado de salud y calidad de vida relacionados con el dolor, y que sienta que se le ha ayudado a comprender qué le ocurre, qué puede hacer para afrontarlo y cómo le puede ayudar a ello el sistema sanitario. Tal y como afirmó uno de los asistentes, «siempre pregunto “¿Qué espera usted de nosotros?”. Y si veo que no es viable, intento orientar al paciente con expectativas realistas».

La mayoría de los participantes consideraron fundamental la coordinación entre todos los agentes a la hora de llevar a cabo estrategias de atención al DCNO. Se afirmó que «en el establecimiento de los objetivos e indicadores deben confluir las visiones de los gestores y de los clínicos y responder a criterios de eficiencia en el sentido completo del término, es decir, contemplando resultados y no solo costes». Asimismo, se consideró necesario trabajar en una gestión adecuada de las expectativas por parte de los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes, qué es lo importante para ellos en cuanto al tratamiento, acordando objetivos con los que también se comprometa el paciente como sujeto activo y teniendo en cuenta a los cuidadores.

**Tabla 2** Propuesta de indicadores en la atención al dolor crónico no oncológico

- Veces que acuden los pacientes a consulta como consecuencia del dolor
- Tratamientos o intervenciones que, en opinión del paciente, mejoran su dolor y cuánto lo mejoran
- Tiempo sin dolor, medido con escalas sencillas y validadas
- Intensidad de la experiencia de dolor de los pacientes que reingresan por reagudización del dolor crónico
- Nivel de satisfacción del paciente con la atención recibida en el curso del proceso asistencial relacionado con su dolor
- Mejora del descanso tras intervenciones para disminuir el dolor
- Actividades que el paciente puede volver a realizar tras haberlas suspendido a causa del dolor (calidad de vida)
- Costes directos e indirectos en el abordaje del dolor

## Medición de la atención al DCNO

En cuanto a la medición de la atención al DCNO, y aunque no todos los participantes estuvieron de acuerdo en su utilidad real («el problema es cómo impregnar al conjunto del sistema para que esto se lleve a cabo»), se recogieron varias propuestas (tabla 2). Se insistió en medir el estado de salud ligado al dolor además de la intensidad de este (actividades cotidianas, sueño, etc.). Deben medirse aspectos relacionados con la vida y el entorno del paciente en función de unos objetivos claros y sencillos que respondan a los criterios previamente definidos, como podrían ser la funcionalidad, el impacto en la calidad de vida, la posibilidad de hacer tareas antes imposibles de realizar, el efecto sobre el sueño o, en el ámbito de gestión, el consumo de recursos sanitarios (consultas, urgencias, tratamientos). Habría que adaptar estos criterios según la etiología del dolor. No obstante, varios participantes cuestionaron el concepto de «indicadores», tal y como se utiliza en la actualidad, fundamentándolo en la falta de datos para poder obtener esos resultados, su falta de practicidad y aplicabilidad, además de su orientación más a gestión que a resultados en salud.

Además, es importante establecer cada cuánto tiempo se van a medir estos conceptos. Conviene incluir los indicadores en los contratos programa, decidir cuántos años se deben mantener para valorar la evolución y la consecución del objetivo, sustituyéndolos, si es necesario, en caso de que con el tiempo se considere que debe ponerse el foco en otros objetivos. Según uno de los participantes, «el cumplimiento de los objetivos debe monitorizarse en unos periodos definidos e incentivarse de algún modo». El propósito final sería evaluar el resultado en el paciente a través de procedimientos que aseguren la calidad asistencial.

Se consideró muy pertinente incluir las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta que ayude a monitorizar al paciente. A la hora de establecer los criterios para posibles áreas de evaluación, habría que definir qué dolor se va a medir y tener en cuenta la situación individual de cada paciente en cuanto a tipo de

dolor, patología, comorbilidades, calidad de vida, etc., además de adecuarlo a las necesidades específicas de cada área sanitaria.

Por otro lado, algunos miembros del grupo opinaron que habría que valorar la utilidad de mecanismos de medición como la experiencia notificada por el paciente (*Patient Reported Experience Measure* [PREM]) o los resultados notificados por el paciente (*Patient-Reported Outcome Measure* [PROM]). Hubo discrepancia en este punto y, tal y como se discutió, su aplicación sería en el medio-largo plazo, dado que su puesta en práctica se encuentra en fase preliminar.

En la segunda entrevista grupal se intercambiaron y debatieron distintas propuestas de evaluación del DCNO, que se recogen en la tabla 3.

En el periodo posterior a la entrevista en que los expertos pudieron matizar sus aportaciones, se propusieron nuevas áreas de evaluación. Como indicadores de estructura se plantearon el número de unidades de dolor/habitante, el número de profesionales referentes en AP/habitante o los recursos establecidos frente al dolor/habitante. Entre los indicadores de proceso se mencionaron el porcentaje de profesionales de AP formados en manejo del dolor; la rotación y frecuentación, por parte de pacientes con tratamiento analgésico crónico, en consultas de AP y atención hospitalaria, el porcentaje de registro del síntoma o diagnóstico de dolor en las historias clínicas de estos pacientes, el porcentaje de pacientes con DCNO y tratamiento ajustado a su edad, el tiempo medio de derivación de pacientes a una unidad del dolor o la adherencia al tratamiento. Finalmente, como indicadores de resultado se citaron el porcentaje de mejora en escalas de dolor, el de satisfacción con la información recibida, el de satisfacción con la mejora en la realización de actividades cotidianas, o el de mejora en la calidad de vida.

## Discusión

Este estudio ha puesto de manifiesto la necesidad de evaluar los resultados en salud en DCNO en España. Se proponen pautas que permitan disponer de un contexto adecuado de evaluación para el paciente, los gestores y los profesionales sanitarios. En primer lugar, es necesario analizar la situación actual. En segundo lugar, deben definirse objetivos, y en tercer lugar, se establecerán las áreas de evaluación para cada uno de ellos.

Los indicadores sanitarios se definen como medidas utilizadas para seguir, evaluar y mejorar la atención, la organización y los servicios sanitarios de apoyo que afectan a los resultados obtenidos por los pacientes. Pueden referirse a la estructura, el proceso o el resultado<sup>13</sup>. La estructura se refiere a las características (recursos materiales y humanos) y organización del entorno en el que se da la asistencia sanitaria. El proceso se refiere a cómo se brinda y recibe la atención utilizando la estructura disponible. Los resultados describen los efectos de estos procesos sobre la salud y la satisfacción de los pacientes<sup>14</sup>.

Los indicadores deben basarse en la evidencia existente, traduciéndola en medidas de calidad<sup>15</sup>. Un indicador de proceso se considera válido para medir la calidad cuando ha demostrado que aumenta la probabilidad de un buen resultado. Un indicador de estructura debe demostrar su relación

**Tabla 3** Respuestas a las preguntas PICO recogidas en la segunda entrevista grupal dirigida*¿Qué es lo importante en la atención al dolor?*

- Conocer qué es lo importante para el paciente
- Que el paciente experimente una mejora en términos de estado de salud y calidad de vida relacionados con el dolor y que sienta que se le ha ayudado a comprender qué le ocurre, qué y cómo puede hacer para afrontarlo, y cómo le puede ayudar a ello el sistema sanitario
- Conocer sus expectativas respecto al sistema sanitario y sobre el objetivo de su tratamiento. Si esto no es posible, orientarle con respecto a expectativas realistas / «siempre pregunto "¿qué espera usted de nosotros?", y si veo que no es viable, intento orientarle con respecto a expectativas realistas»)
- Que el paciente pueda recuperar su actividad cotidiana

*¿Qué recursos son necesarios para poder medir?*

- Importancia de la utilización de las nuevas tecnologías para una buena monitorización y seguimiento, que permita a su vez evaluar
- Incorporación de objetivos sobre el DCNO en los contratos de gestión, seleccionando medidas concretas (en función de la estrategia del servicio de salud) y estableciendo el tiempo en que se mantiene esa medida
- Disponer de una estrategia basada en un análisis de situación. En segundo lugar, definir objetivos. Y en tercer lugar, establecer el área de evaluación para cada objetivo
- En el establecimiento de los objetivos y áreas de evaluación deben confluir las visiones de los gestores, los clínicos y los pacientes, y responder a criterios de eficiencia contemplando resultados y no solo costes
- El cumplimiento de los objetivos debe monitorizarse en unos periodos definidos e incentivarse de algún modo

*¿Qué áreas o conceptos de la gestión asistencial habría que medir?*

- El consumo de recursos ligado a la adecuación en el uso de dichos recursos
- El tiempo interno de gestión de una derivación (perspectiva de gestión del sistema) y el tiempo en llegar el paciente a la unidad del dolor (perspectiva del paciente y del clínico)
- La limitación de las derivaciones a aquellos casos que no se puedan resolver, evitando derivaciones innecesarias
- Coste-efectividad y coste-utilidad de las acciones implementadas

*¿Qué áreas o conceptos del profesional sanitario habría que medir?*

- El número de visitas a la consulta de AP, unidad del dolor o urgencias de un paciente por reagudización del dolor crónico (aunque existen pacientes hiperfrecuentadores que pueden desvirtuar los resultados, el volumen de datos diluye los posibles sesgos)
- Número de derivaciones a atención hospitalaria por imposibilidad de control en AP
- Tiempo de demora para ser atendido en unidades del dolor
- Coste-efectividad y coste-utilidad de las acciones implementadas

*¿Qué áreas o conceptos del paciente habría que medir?*

- La experiencia del paciente
- Además de la intensidad del dolor, los aspectos más importantes son el tiempo sin dolor, la mejora del descanso/sueño, la mejora del estado de ánimo, la mejora del estado de salud asociado al dolor, la recuperación de las actividades cotidianas y el consumo de recursos sanitarios
- Adherencia al tratamiento dentro de unos hábitos de vida saludables
- Los PREM/PROM valoran la satisfacción del paciente y habría que tener en cuenta también a los convivientes (planteable a medio y largo plazo)

*¿Qué líneas de actuación fundamentales definirían un marco de abordaje evaluable y eficiente del DCNO a nivel de gestión?*

- Potenciar la coordinación entre los distintos niveles y perfiles asistenciales
- Hacer visible la cartera de servicios disponible
- Crear y potenciar las comisiones multidisciplinares de dolor
- Fomentar la introducción de las TIC, incorporando herramientas que permitan el seguimiento del paciente y la comunicación paciente-profesional
- Creación de rutas asistenciales
- Planes y estrategias para el abordaje del DCNO
- Introducir elementos consensuados que promuevan la humanización de la atención.

*¿Qué líneas de actuación fundamentales definirían un marco de abordaje evaluable y eficiente del DCNO a nivel de profesionales sanitarios?*

- Formar a los profesionales, haciendo especial énfasis en la gestión de las expectativas y en un abordaje holístico que contemple los aspectos psicoemocionales del dolor
- Disponer de comisiones multidisciplinares de dolor que cuenten con la participación activa de profesionales expertos
- Hacer uso de las nuevas tecnologías para una mejor atención al paciente



Tabla 3 (continuación)

¿Qué líneas de actuación fundamentales definirían un marco de abordaje evaluable y eficiente del DCNO a nivel de pacientes?

- Fomentar la definición del objetivo del tratamiento de forma individualizada, basándose en el ajuste de las expectativas entre el profesional y el paciente, teniendo en cuenta sus preferencias y consiguiendo su implicación en el proceso terapéutico
- Formar a los pacientes y cuidadores, a través de las escuelas de salud o los programas de paciente activo, experto o mediador, haciendo especial énfasis en los hábitos de vida saludable, el autocuidado, la gestión de las expectativas y los aspectos psicoemocionales del dolor

AP: atención primaria; DCNO: dolor crónico no oncológico; PICO: Paciente o problema de interés; Intervención principal a considerar; intervención de Comparación, y Outcome o resultado a valorar.

con un buen resultado, o con un proceso que haya demostrado producir mejores resultados. Para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los indicadores deben incluir la perspectiva del paciente, del profesional sanitario y del gestor<sup>16</sup>.

Los participantes de este proyecto consideraron que lo relevante en la atención al dolor es que el paciente experimente una mejora en términos de estado de salud y calidad de vida relacionados con el dolor, y que sienta que se le ha ayudado a entender lo que le ocurre, qué y cómo puede hacer para afrontarlo y cómo le puede ayudar a ello el sistema sanitario. Estos pacientes deben recibir atención en todos los niveles del sistema sanitario (primario, secundario y terciario) y por parte de diferentes disciplinas<sup>17</sup>.

El envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad, la fragmentación de los sistemas de cobertura, la nueva medicina de precisión y los cambios en la interacción entre el paciente y los profesionales requieren modelos asistenciales más integrados y centrados en la atención a la persona, junto con métricas complementarias que aseguren que se alcanza este objetivo<sup>18</sup>. Sin embargo, hay pocos indicadores relacionados con el DCNO<sup>19,20</sup>, algo que contrasta cuando se compara con los existentes para otras enfermedades prevalentes en el campo cardiovascular o respiratorio, por ejemplo, lo cual da una idea de lo difícil que es medir en este ámbito, limita las intervenciones y que se fijen objetivos en los contratos programa.

Algunas iniciativas han propuesto indicadores en el campo del dolor crónico<sup>10,12,21</sup>. La *Societal Impact of Pain* (SIP) emitió en 2013 unas recomendaciones sobre indicadores de calidad en el DCNO<sup>22</sup>. En los referidos a estructura se incluyó la existencia de un plan de acción nacional contra el dolor, un currículo básico sobre el dolor, el número de médicos formados en dolor, las unidades de dolor certificadas o el número de pacientes nuevos por año. Se propusieron como indicadores de proceso la evaluación estandarizada, las recomendaciones de práctica, la existencia de un equipo multidisciplinar, el número de pacientes con el código ICD «dolor crónico refractario», el contrato de calidad entre las unidades del dolor y los pagadores, o el reembolso de los gastos asociados al dolor. En cuanto a resultados, se incluyó el tiempo medio de espera, el resultado del dolor o la calidad de vida<sup>22</sup>.

Varias organizaciones están trabajando activamente en el desarrollo de conjuntos estándar de medidas de resultado de salud para afecciones médicas clave. Entre ellas, el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados de

Salud (ICHOM)<sup>23</sup>, fundado en 2012, tiene por objetivo crear un lenguaje común de resultados centrados en el paciente mediante el desarrollo de conjuntos de estándares de resultados, de libre acceso, para cada patología médica<sup>23</sup>. Desarrolla estos conjuntos de indicadores trabajando con grupos de expertos y pacientes. Incluye enfermedades que pueden cursar con DCNO, como la artrosis, la artritis o la lumbalgia<sup>23</sup>.

En opinión de los participantes en este proyecto, deben medirse aspectos fundamentales como el tiempo sin dolor, la mejora del descanso/sueño, la mejora del estado de ánimo, la recuperación de las actividades cotidianas y el consumo adecuado de recursos sanitarios (evitando el sobreuso y el fraude), además de la adherencia al tratamiento.

Se han descrito distintas carencias en el tratamiento del paciente con DCNO. En una escala del 1 al 10, el grado de satisfacción global con el tratamiento de los pacientes con dolor crónico es de 4. La mayoría de los pacientes que lo padecen (62%) no han sido derivados nunca a una unidad del dolor<sup>6</sup>. Y entre quienes consiguieron ser derivados, el 31% esperaron al menos cinco años desde que comenzaron a sentir dolor. Se constata una clara insatisfacción del paciente, cuya expectativa es eliminar el dolor causado por su enfermedad<sup>6</sup>. Por tanto, medir el tiempo desde que el paciente se deriva hasta que es atendido en una unidad del dolor es un área de evaluación a tener en cuenta, así como la necesidad de derivar.

Recibir una información de calidad es otra de las tareas pendientes en el DCNO. El médico especialista es la principal fuente de información o formación (51% de los casos), seguido de las organizaciones de pacientes (41%)<sup>6</sup>. Los pacientes reclaman que esto se mejore con independencia de quién les facilite la información<sup>6</sup>.

La nueva CIE-11 introduce nuevos conceptos taxonómicos relacionados con las patologías que cursan con dolor crónico, abriendo grandes oportunidades para la mejora de la atención, del estudio y del seguimiento de los pacientes con dolor<sup>24</sup>. Confiamos en que este análisis contribuya a mejorar la atención y la calidad de vida del paciente con DCNO desde el prisma no solo de este, sino de los profesionales sanitarios que lo atienden y los gestores responsables de la planificación y de la calidad asistencial.

## Conclusiones

Este estudio ha puesto de manifiesto que es necesaria una evaluación de los resultados en salud en DCNO en España que

permita tomar decisiones a pacientes, clínicos y gestores basadas en datos objetivos.

Los denominados «indicadores» son difíciles de manejar, y deben utilizarse otros términos para referirse a valorar o evaluar cómo se trata el DCNO.

Además de la intensidad del dolor, deben medirse aspectos como el tiempo sin dolor, la mejora del descanso/sueño, la mejora del estado de ánimo, la recuperación de las actividades diarias y el cumplimiento del tratamiento, además de, en el ámbito de la gestión, un uso adecuado de los recursos sanitarios.

Se proponen líneas de actuación que podrían definir un marco de abordaje eficiente del DCNO, como establecer el objetivo del tratamiento de forma individualizada, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y haciéndolo partícipe del proceso. Los pacientes y cuidadores deben recibir información y formación, incidiendo en la gestión de expectativas y en los aspectos psicoemocionales del dolor.

## Financiación

Estudio financiado por Grünenthal Pharma, S.A.

## Conflicto de intereses

Los autores afirman que no existe conflicto de intereses que condicionen enfoques o resultados del estudio. La financiación por Grünenthal Pharma, S.A., no ha supuesto condicionamiento alguno a la labor de los autores.

## Agradecimientos

A la consultoría Invesalud por el apoyo metodológico para la realización de este trabajo.

## Bibliografía

- Atzeni F, Masala IF, Sarzi-Puttini P. A review of chronic musculoskeletal pain: Central and peripheral effects of diclofenac. *Review Pain Ther.* 2018;7:163–77, <http://dx.doi.org/10.1007/s40122-018-0100-2>.
- Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Fernández-Palacín F, Micó JA, Torre LM, et al. A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: Identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Med.* 2015;16:811–22, <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12640>.
- Torrallba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Rev Soc Esp Dolor.* 2014;21:16–22, <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>.
- Sánchez J, Tejedor A, Carrascal R, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso. 2015 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.semefc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>.
- ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17\\_pres\\_web.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf).
- Plataforma de Organizaciones de pacientes y Sociedad Española del Dolor (SED). El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes; 2018 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe-dolor.pdf>.
- Bonakdar RA. Integrative pain management. *Med Clin North Am.* 2017;101:987–1004, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2017.04.012>.
- Ferrer-Penadés R, Aguilar-Diosdado M, March-Cerdá J, Orozco- Beltrán D, Picó-Alfonso A. Grupo Paciente Activo y Diabetes (PAyDinet). Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo2 en España. *Av Diabetol.* 2015;31:128–35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avdiab.2015.02.004>.
- Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (Informe de evaluación de tecnologías sanitarias); 2016 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2888/propuesta\\_indicadores\\_evaluar\\_atencion\\_cronicidad\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2888/propuesta_indicadores_evaluar_atencion_cronicidad_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Mira JJ, Blanco M, Cheikh-Moussa K, Solas O, Alonso A, Gutierrez R, et al. Proposals for person-centred care in the COVID-19 era. Delphi study. *Health Expect.* 2021;24:687–99, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13218>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014 [consultado 1 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>.
- Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas>.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83:691–729, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- De Meij Köke A, Thomassen I, Kallewaard JW, van Kleef M, van der Weijden T. Quality indicators to assess quality of pain clinic care from the perspective of patients with chronic pain: Development, usability, comprehensibility, and psychometric quality of the QiPPP questionnaire. *Pain.* 2018;159:2593–605, <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001371>.
- Saturno PJ, Ángel-García D, Martínez-Nicolás I, López F, Escolar MP, Guerrero MB, et al. Development and pilot test of a new set of good practice indicators for chronic nonmalignant pain management. *Pain Pract.* 2019;19:37–51, <http://dx.doi.org/10.1111/papr.12715>.
- Kötter T, Schaefer FA, Scherer M, Blozik E. Involving patients in quality indicator development —a systematic review. *Patient Prefer Adherence.* 2013;7:259–68, <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S39803>.
- Zidarov D, Visca R, Gogovor A, Ahmed S. Performance and quality indicators for the management of non-cancer chronic pain: A scoping review protocol. *BMJ Open.* 2016;6:e010487, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010487>.
- Constand MK, MacDermid JC, dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:271, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
- Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al., ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement). *Health Care Guideline: Assessment and Management*

- of Chronic Pain. 2013 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.mnmed.org/getattachment/about-us/committees-task-forces/Prescription-OpioidTask-Force/Resources-for-physicians/ChronicPain.pdf.aspx?lang=en-US>.
20. Chodosh J, Solomon DH, Roth CP, Chang JT, MacLean CH, Ferrell BA, et al. The quality of medical care provided to vulnerable older patients with chronic pain. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:756–61, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52214.x>.
21. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Rivera-Sequeiros A, López-Millán JM. Design and preliminary validation of a tool to assess the impact of chronic non-cancer pain on people's daily life in Spanish-language: PAIN-Integral Scale©. *J Adv Nurs*. 2021;77:3553–70, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14877>.
22. Societal Impact of Pain (SIP). Quality indicators in chronic pain management, 2013 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.sip-platform.eu/es>.
23. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), 2012 [consultado 1 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.ichom.org/standard-sets/#standard-sets>
24. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Rev Soc Esp Dolor*. 2019;26:209–20, <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>.