



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Abordaje de la cronicidad. Abordaje del dolor crónico

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Abordaje coordinado entre atención primaria y hospitalaria al dolor crónico no oncológico en una zona básica de salud de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Galicia
- **Nombre de la entidad:** Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Hospital Clínico Universitario, Travesía da Choupana s/n, 15706, Santiago de Compostela (A Coruña).
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Eloína Núñez Masid
 - E-mail: eloina.nunez.masid@sergas.es
 - Teléfonos: 981 950960
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Sergio Cinza Sanjurjo
 - E-mail: Sergio.Cinza.Sanjurjo@sergas.es
 - Teléfonos: 981 854062

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Sergio Cinza Sanjurjo	Sergio.Cinza.Sanjurjo@sergas.es	981854062	Servicio de Atención Primaria Noia	C.S. Porto do Son
Gerardo Atienza Merino	Gerardo.atienza.merino@sergas.es	981956130	Subdirección de Calidad	Hospital Clínico Universitario de Santiago
Estrella López-Pardo Pardo	Estrella. López.Pardo@sergas.es	981950970	Subdirectora de Calidad	Hospital Clínico Universitario de Santiago

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
X	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 2016.
- Actualmente en activo: Sí.
- Prevista su finalización: No.



7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)	Abordaje de la cronicidad
	Abordaje del Dolor Crónico.

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela es referencia para la atención sanitaria de 46 municipios del sur de la provincia de A Coruña y del norte de Pontevedra, con un total de 447.699 personas registradas con tarjeta sanitaria (a 31.12.2016). La distribución por grupos de edad es la siguiente:

0-14 años	15-64 años	>64 años	Mujeres edad fértil	Total
53.617	288.503	105.579	97.909	447.699

Cuenta con cobertura sanitaria en el marco de la hospitalización y la asistencia ambulatoria y urgente, y en la actualidad está formada por los siguientes centros:

Centros hospitalarios	Centros de Atención Primaria
Hospital Clínico Universitario de Santiago	Centro de Diagnóstico y Tratamiento Concepción Arenal de Santiago
Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo	Centro de Alta Resolución de Lalín
Hospital Psiquiátrico de Conxo	79 Centros de Atención Primaria
Hospital Gil Casares	18 Puntos de Atención Continuada
Hospital de Barbanza	

El número de camas del área sanitaria es de 1372, el de quirófanos de 30 y el de consultas externas, de 230. El número total de personas que trabajan en la Gerencia de Gestión Integrada es de 5612, distribuidas de la siguiente forma:

Personal	Atención hospitalaria	Atención Primaria
Directivo		21
Facultativo	843	491
Sanitario	2198	451
Gestión y Servicios	977	325
En formación		276
Investigador		30
Total		5.612



Por último, el presupuesto anual de la Gerencia de Gestión Integrada es de 556 millones de euros.

El Servicio de Atención Primaria de Noia (A Coruña)

El área de influencia del Servicio de Atención Primaria de Noia incluye una población con la siguiente distribución etárea:

Distribución de la población de la zona básica de salud			
Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
00-09 años	1010	512	498
10-19 años	1197	579	618
20-29 años	1357	669	688
30-39 años	2050	1056	994
40-49 años	2358	1190	1168
50-59 años	2126	1013	1113
60-69 años	1765	866	899
70-79 años	1520	705	815
80-89 años	1033	393	640
90-99 años	223	58	165
≥ 100 años	10	2	8

9. OBJETIVOS

- **Objetivo primario:**
 - mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes con dolor crónico no oncológico.
- **Objetivos específicos:**
 - Aumentar el número de pacientes con diagnóstico etiológico correcto del dolor crónico no oncológico
 - Reducir el número de pacientes que reciben fármacos de primer y segundo escalón analgésico y no tienen un correcto control del dolor
 - Mejorar la indicación de técnicas mínimamente invasivas para control de dolor crónico no oncológico
 - Garantizar una vía rápida de derivación de pacientes con dolor crónico desde Atención Primaria a través de la instauración de una consulta electrónica
 - Reducir el tiempo de espera entre la indicación de recibir tratamiento especializado y el momento en recibir ese tratamiento



10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El **dolor crónico no oncológico** es un cuadro clínico que engloba diferentes entidades nosológicas entre las que destacan lumbalgia crónica, hombro doloroso crónico, neuropatía postherpética, e incluso la coxoartrosis y gonartrosis en los casos en los que se decide la no intervención quirúrgica.

En el año 2016, para el Servicio de Noia, se codificaron 96 casos de dolor crónico no oncológico (CIAP-2: A01.01). Se plantea un programa que incluye tanto a los profesionales sanitarios, responsables del diagnóstico y del tratamiento del dolor crónico no oncológico, como a los pacientes que padecen el dolor crónico.

En nuestro caso, los profesionales implicados son tanto los facultativos de Atención Primaria como el servicio de Anestesia de referencia del Hospital Clínico, a través de su Unidad del Dolor.

Si atendemos a la codificación clínica realizada en atención primaria para el dolor crónico no oncológico, tendríamos actualmente una población de 96 pacientes, sin embargo, dada la prevalencia previsible en la población, asumimos que hay escasa codificación. En este caso, si estudiamos la codificación de patología lumbar dolorosa sin irradiación neurológica, la población afectada alcanza los 200 pacientes, sólo en el servicio de Noia. Esta prevalencia sería teniendo en cuenta solamente esta patología y obviando el resto de enfermedad implicadas en este síndrome y anteriormente comentadas.

11. METODOLOGÍA

Procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico en el Servicio de Atención Primaria de Noia

El equipo de atención primaria valora el paciente susceptible de ser sometido a tratamiento por dolor crónico no oncológico (CIAP-2 código A01.01):

- Dolor de cualquier localización, con una duración superior a 3 meses, con intensidad moderada, según la escala visual analógica (EVA) o escala validada, adecuada a la situación clínica del paciente, y/o que deteriore la capacidad funcional.

Se realiza ante la presencia de dolor, de cualquier localización, con una duración ≥ 3 meses, una intensidad ≥ 3 en la EVA y con una de las siguientes características:

- Dolor continuo.
- Dolor intermitente ≥ 5 días a la semana.
- Dolor que presente características neuropáticas

En estos casos quedan excluidos los pacientes con



- Diagnóstico de patología con tratamiento específico y curación del dolor crónico.
- Pacientes oncológicos.

El abordaje inicial del dolor en estos pacientes incluye:

- Tratamiento no farmacológico: fisioterapia, terapia ocupacional, intervención psicoeducativa, hábitos saludables (abandono tabaquismo, actividad física, reducción peso, dieta, reducción alcohol, higiene de sueño etc)
- Analgésicos desde primer escalón a opiáceos mayores (tercer escalón) y adyuvantes que sean precisos.
- Analgésicos para dolor neuropático: amitriptilina, duloxetina, gabapentina, pregabalina, etc.
- Analgésicos para dolor mixto, amitriptilina, clomipramina, carbamacepina, capsicina tópica, etc

Criterios de derivación del paciente con dolor crónico no oncológico a Unidad hospitalaria de Dolor

Se establecieron una serie de criterios de inclusión consensuados entre el servicio de Atención primaria y el Servicio de Anestesia de la gerencia de Gestión Integrada de Santiago, de manera que ante el mal control del dolor, el facultativo de AP podrá considerar la derivación a la Unidad de Dolor, en función de los siguientes criterios:

- Cualquier patología en la que, a pesar de haber seguido una escalada analgésica correcta con la utilización de opioides y adyuvantes, no se ha conseguido un control efectivo del dolor en un tiempo razonable (6 meses).
- Necesidad de utilizar el cuarto escalón de la OMS.
- Pacientes con alergias a los fármacos indicados para el tratamiento de su síndrome doloroso.
- Pacientes que presentan tolerancia rápida a opioides por vía oral.
- Necesidad de incrementos importantes en la dosificación de opioides.
- Pérdida de la vía oral para la administración de fármacos analgésicos, en pacientes en los que la inestabilidad del proceso no aconseja la vía transdérmica y su esperanza de vida no recomienda la vía subcutánea.
- Pacientes en los que la dosis analgésica de opioides por vía oral provoca efectos secundarios intolerables, aun sin ser excesivamente altas.
- Pacientes con índices de abuso en la toma de medicación que no han sido evaluados para la prescripción de otros tratamientos.
- Pacientes en los que no esté aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo con el objetivo de valorar alternativas terapéuticas.
- Pacientes con antecedentes de trastornos adictivos que padezcan dolor severo.
- Pacientes que presenten recaídas en sus procesos o crisis recurrentes.

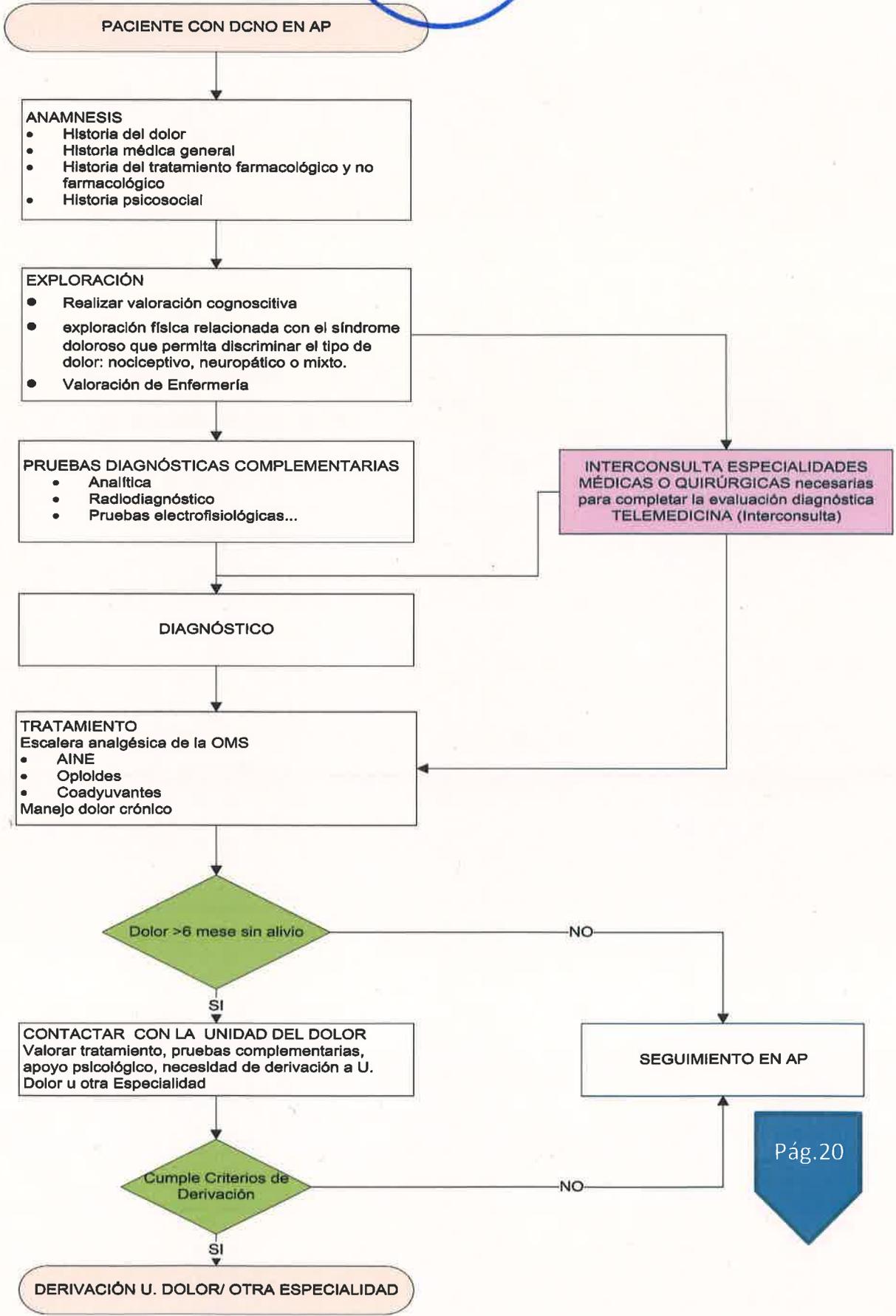


- Pacientes con patologías que puedan tener una resolución o mejoría rápida con técnicas analgésicas solo disponibles en Unidades del Dolor. El dolor neuropático que no se controle en Atención Primaria debe ser derivado a la Unidad del Dolor.
- Aquellas patologías contempladas con un procedimiento de atención específico en la Unidad del Dolor: Fracturas vertebrales, osteomas osteoides, radiculopatía sin resolución en 3 meses, síndrome de cirugía de espalda fallida, neuralgia postherpética, merálgia, trigémino...; síndromes de dolor regional complejo, pancreatitis crónica, dolor miofascial de músculo profundo, miembro fantasma, alodinas.

Gestión de la solicitud de consulta electrónica

- Una vez valorado que el paciente cumple los criterios de inclusión, se cursa una consulta electrónica (e-consulta) a través del aplicativo informático IANUS en la que envía la siguiente información:
 - motivo de la e-consulta
 - antecedentes de interés
 - datos de la exploración
 - resultados de estudios realizados al paciente
 - sospecha diagnóstica e tratamiento actual.
- En el área administrativa del Centro de Salud, se registra en la agenda del Servicio de Anestesia (Unidad de Dolor) la cita (de e-Consulta) para el primer hueco disponible.
- El anestesista puede visualizar tanto, en su agenda de trabajo como en IANUS, las e-consultas solicitadas, dándoles la respuesta electrónica correspondiente (a través del mismo aplicativo informático). Todas las respuestas incluyen un informe en el que constan sugerencias sobre la conducta a seguir en cuanto al tratamiento y el manejo del paciente (indicación o no de consulta presencial). En caso de que sea necesaria la derivación a Atención Hospitalaria, se indicará la prioridad de la derivación y la fecha concreta de la consulta.
- En una segunda consulta con su médico de familia (presencial o telefónica), el paciente es informado del resultado de la e-consulta y, en caso de que estar indicada la derivación a la Unidad de Dolor, se le indicará para su información fecha y hora de la misma.

El flujograma de derivación de pacientes es el siguiente:





12. EVALUACIÓN

INDICADORES.

1. Número de pacientes con episodio de dolor crónico no oncológico abierto en IANUS código CIAP-2 correspondiente A01.01.

- Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{de pacientes consultados con dolor crónico no oncológico con código A01.01}}{\text{N}^{\circ}\text{total de pacientes con dolor crónico consultados en el periodo de estudio}} \times 100$$

- Estándar: no procede.

2. Valoración de la intensidad del dolor: pacientes en los que se ha evaluado la intensidad del dolor.

- Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{de pacientes consultados en el periodo de estudio con evaluación de la intensidad del dolor}}{\text{N}^{\circ}\text{total de pacientes con dolor crónico consultados en el periodo de estudio}} \times 100$$

- Estándar 50% de los pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico.
- Fuente Historia clínica electrónica (IANUS).
- Especificaciones: La intensidad del dolor medida mediante EVA. En personas mayores se podrá utilizar la escala de valoración verbal trasladando el resultado de la valoración a una escala de 0 a 10, o la escala valoración facial. Si el paciente presenta deterioro cognitivo se utilizará la escala PAINAD.

3. Porcentaje de pacientes con dolor crónico no oncológico a los que se les aplica una intervención psicoeducativa breve.

- Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{de pacientes consultados con dolor crónico no oncológico con código A01.01}}{\text{N}^{\circ}\text{total de pacientes con dolor crónico consultados en el periodo de estudio}} \times 100$$

- Estándar 70%
- Fuente Historia clínica electrónica (IANUS).
- Excepciones Pacientes que rechacen este tratamiento.
- Especificaciones: Intervención psicoeducativa: hace referencia a la educación o información que se ofrece a los pacientes con el objeto de que entiendan y sean capaces de manejar la enfermedad que presentan. Se refuerzan las fortalezas, los recursos y las



habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, y contribuir con su propia salud y bienestar. La teoría es, que cuando mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Se utilizará el código CIAP-2 del bloque 2: Procedimientos Diagnósticos y Preventivos “-45” cuya denominación es “Observación/educación/consejo/dieta”.

4. Valoración de inercia terapéutica en pacientes con mal control de dolor: pacientes a tratamiento con analgésicos de los dos primeros escalones.

- Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{de pacientes a tratamiento con analgésicos de primer o segundo escalón, sin control adecuado de dolor}}{\text{N}^{\circ}\text{total de pacientes con dolor crónico consultados en el periodo de estudio}} \times 100$$

- Estándar <25% de los pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico.
- Fuente Historia clínica electrónica (IANUS).
- Especificaciones: Se considera que no hay mejoría cuando la intensidad del dolor medida por la EVA no ha disminuido del 30% de la valoración inicial y/o de la capacidad funcional medida por el BIP-SP ($\geq 2,5$) según proceso.

5. Pacientes con dolor crónico no oncológico derivados a la Unidad del Dolor por no haber obtenido mejoría.

- Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{de pacientes con dolor crónico derivados a la Unidad de Dolor por no mejoría a los 6 meses}}{\text{N}^{\circ}\text{total de pacientes con dolor crónico consultados en el periodo de estudio}} \times 100$$

- Estándar 100%
- Fuente Historia clínica electrónica (IANUS).
- Excepciones Rechazo por parte del paciente.
- Especificaciones: Se considera que no hay mejoría cuando la intensidad del dolor medida por la EVA no ha disminuido del 30% de la valoración inicial y/o de la capacidad funcional medida por el BIP-SP ($\geq 2,5$) según proceso.



6. Pacientes con dolor crónico no oncológico a los que se les indica técnicas mínimamente invasivas para control de dolor.

- Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con dolor crónico a los que se les indica técnicas mínimamente invasivas}}{\text{Nº total de pacientes con dolor crónico consultados en el periodo de estudio}} \times 100$$

- Estándar 100%
- Fuente Historia clínica electrónica (IANUS).
- Excepciones Rechazo por parte del paciente.
- Especificaciones: Se considera indicación cuando el facultativo refleja la necesidad de técnica en la historia clínica y el paciente acepta y consiente la misma.

Relación entre objetivos e indicadores

- Objetivo primario:
 - mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes con dolor crónico no oncológico: los 6 indicadores
- Objetivos específicos:
 - Aumentar el número de pacientes con diagnóstico etiológico correcto del dolor crónico no oncológico: indicadores número 1 y 2
 - Reducir el número de pacientes que reciben fármacos de primer y segundo escalón analgésico y no tienen un correcto control del dolor: indicadores número 3 y 4
 - Mejorar la indicación de técnicas mínimamente invasivas para control de dolor crónico no oncológico: indicador número 6
 - Garantizar una vía rápida de derivación de pacientes con dolor crónico desde Atención Primaria a través de la instauración de una consulta electrónica: indicador número 5
 - Reducir el tiempo de espera entre la indicación de recibir tratamiento especializado y el momento en recibir ese tratamiento: indicadores número 5 y 6



RESULTADOS

- ✓ **Número de pacientes con episodio de dolor crónico no oncológico abierto en IANUS código CIAP-2 correspondiente A01.01.**

En el año 2016, en el Servicio de Noia se codificaron 96 casos de dolor crónico no oncológico (CIAP-2: A01.01), distribuidos según la tabla adjunta:

	20-24	25-29	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	Suma:
HOMBRE	0	1	1	1	1	1	5	3	4	1	6	3	1	0	28
MUJER	1	0	1	1	0	8	9	4	11	7	10	7	5	4	68
Suma:	1	1	2	2	1	9	14	7	15	8	16	10	6	4	96

- ✓ **Valoración de la Intensidad del dolor: pacientes en los que se ha evaluado la intensidad del dolor.**

Se siguió el protocolo de actuación en el **100%** de los casos de dolor crónico no oncológico atendidos en el Servicio de Atención primaria.

- ✓ **Porcentaje de pacientes con dolor crónico no oncológico a los que se les aplica una intervención psicoeducativa breve.**

La intervención psicológica breve se administró al **80%** de los pacientes con dolor crónico no oncológico atendidos en el Servicio de Atención primaria.

- ✓ **Número de pacientes con episodio de dolor crónico no oncológico a tratamiento con opiáceos mayores tras 3 meses de iniciado el diagnóstico.**

El número de pacientes en tratamiento con opiáceos mayores tras 3 meses de iniciado el diagnóstico fue de 40. Los pacientes con episodio de dolor crónico no oncológico no controlado y que no habían recibido opiáceos mayores tras 3 meses de iniciado el diagnóstico fueron 39.

- ✓ **Pacientes con dolor crónico no oncológico derivados a la Unidad del Dolor por no haber obtenido mejoría.**

Un 27 % de los pacientes en los que no se obtuvo mejoría fueron derivados a través de la vía clínica del dolor, siendo atendidos con una demora media de 21 días.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

- La consulta electrónica se perfila como un proceso altamente resolutivo y da protagonismo a conceptos como visibilidad, seguridad, ahorro de costes y tiempo. Permite trabajar bajo los mismos protocolos de actuación y priorizar la interconsulta sobre la derivación, mejorando la continuidad de los procesos asistenciales.
- La consulta electrónica permite una rápida respuesta a dudas y cuestiones planteadas por los equipos de Atención Primaria y permite evitar consultas presenciales de los pacientes que no requieren su presencia física.
- El sistema de interconsulta telemática permite priorizar la consulta presencial o técnicas más invasivas para control del dolor según la situación clínica identificada desde AP.
- El tiempo medio de espera para evaluación por Unidad de Dolor es inferior a 30 días.

Recomendaciones:

- Mejorar la codificación de los pacientes que padecer dolor crónico no oncológico.
- Mejorar el acceso a datos clínicos para poder evaluar proceso y resultados del programa
- Aumentar el uso de analgésicos de tercer escalón y adyuvantes desde Atención Primaria, para mejorar la selección de pacientes acudan a Unidades de Dolor.
- Reducir, en la medida de lo posible el tiempo de acceso a la Unidad de dolor para inicio de tratamientos en cuarto escalón



14. Bibliografía

1. Aguilar- Luque , J ; Herrera-Silva , J ; García - Martínez , F ; Tratamiento del dolor crónico en Atención Primaria. Rev Soc Esp Dolor 7 (2000); 7 :453 – 459. Disponible en: acceso 24/04/2013 <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=310>.
2. Álvarez-González J, Ayuso-Fernández A, Caba-Barrientos F, Caraballo-Daza M, Cosano-Prieto I, Salvador-Criado-de-Reyna S, et al. Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2010. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_de_atencion_al_dolor/plan_atencion_dolor.pdf.
3. Amado-Guirado E, Durán-Parrondo C, Izko-Gartzia N, Massot-Mesquida M, Limón-Ramírez E, Palma-Morgado D, et al. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid. Spain: Ala Oeste; 2012.
4. Association ACP. ACPA Resource Guide to Chronic Pain Medication and Treatment. Rocking. USA.: American Chronic Pain Association; 2012.
5. Barber JB, Gibson SJ. Treatment of chronic non-malignant pain in the elderly: safety considerations. Drug Saf. 2009;32(6):457-74.
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 10. England2006. p. 287-333.
7. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol. 2012; 13(2):e58-68.
8. Carrera Merino A y Guerra García M. Atención Farmacéutica: conceptos y metodología. Manual de Atención Primaria. 2006. pp. 779-791.
9. Catalá E, Ferrándiz M, Lorente L, Landaluce Z, Genové M. Uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Recomendaciones basadas en las guías de práctica clínica. Revista española de anestesiología y reanimación. 2011; 58(5):283-89.
10. European Medicines Agency. Review of recent published data on cardiovascular safety of NSAIDs. 19 October 2012. EMA/CHMP/667707/2012. Press Office. Disponible en: acceso 24/04/2013 http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2012/10/news_detail_001637.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1.
11. Herdman M, Badia X, Berra S. [EuroQol-5D: a simple alternative for measuring healthrelated quality of life in primary care]. Aten Primaria. 2001;28(6):425-30.



12. Jackman RP, Purvis JM, Mallett BS. Chronic nonmalignant pain in primary care. *Am Fam Physician*. 2008;78(10):1155-62.
13. Kahan M, Mailis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A, Group NOUG. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. *Can Fam Physician*. 2011; 57(11):1257-66, e407-18.
14. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC, Benyamin RM, Boswell MV, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part 2--guidance. *Pain Physician*. 2012;15(3 Suppl):S67-116.
15. Manchikanti L, Vallejo R, Manchikanti KN, Benyamin RM, Datta S, Christo PJ. Effectiveness of long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pain Physician*. 2011;14(2):E133-56.
16. Rodrigo M.D., Herrera J., Busquets C., Pozo C. del, López M.. Intercambiabilidad de opioides y moléculas bioequivalentes. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]*. 2010 Mar [citado 2013 Abr 29] ; 17(2): 104-113. Disponible en: acceso 24/04/2013 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000200006&lng=es
17. Vissers KC, Besse K, Hans G, Devulder J, Morlion B. Opioid rotation in the management of chronic pain: where is the evidence? *Pain Pract*. 10. 2010. p. 85-93.
18. Wismer B, Amann T, Diaz R, Eisen D, Elder N, Ho C, et al. Recommendations for the Care of Homeless Adults with Chronic Non-Malignant Pain. In: *Health Care for the Homeless Clinicians' Network N, Council HCftH, editors. Nashville 2011. p. 128.*

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.