

El dolor crónico es un problema de alta prevalencia e impacto en las personas que lo padecen, en la sociedad y en los sistemas sanitarios de todos los países desarrollados. Para responder a este problema en nuestra comunidad, se puso en marcha en Andalucía en 2005 un proceso asistencial integrado, en concreto sobre el dolor crónico no oncológico. Desde entonces han aparecido nuevos avances en la evaluación y el tratamiento y se ha desarrollado y puesto en marcha el Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor. Todo lo cual nos ha llevado a revisar y reordenar el Proceso Asistencial Integrado Dolor Crónico no Oncológico a partir de una revisión de la evidencia disponible y de las líneas y proyectos marcados por dicho Plan.

El objetivo de este trabajo es reordenar las actividades que realizan los distintos profesionales, la incorporación de la estrategia de seguridad del paciente, la información y el recorrido que seguirá el paciente durante su proceso y realizar un abordaje multidisciplinar y multimodal en el dolor crónico no oncológico de acuerdo con el mejor conocimiento científico disponible, las recomendaciones internacionales recientes y el Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor.

## **Aspectos Metodológicos**

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo del dolor crónico excluyendo aquellas centradas en el origen oncológico. Para ello se utilizaron buscadores especializados como TRIP, Excelencia Clínica y NHS Evidence utilizando los descriptores pain y chronic, para el periodo temporal comprendido desde 2007 hasta febrero 2011, se descartaron los documentos referidos a fibromialgia, cuidados paliativos y enfermedades con dolor de origen oncológico y aquellos tipos de documentos que no fuesen guías de práctica clínica. Esta búsqueda inicial se completó con búsquedas específicas en las principales bases de datos referenciales y repositorios de guías de práctica clínica: Medline, Embase, National Guidelines Clearinghouse, NICE, Guíasalud, SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), NHMRC (National Health and Medical Research Council. Australia), Canadian Medical Association Infobase, New Zealand Guidelines Group, Fisterra, se realizó una actualización posterior de las búsquedas realizadas, hasta junio 2013.

Las búsquedas en bases de datos referenciales se realizaron siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) sin limitación por idioma o fecha de

realización. Se limitó por tipo de estudio (guías de práctica clínica). Las estrategias de búsqueda incluyeron términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado con los términos MeSH, Emtree, etc. Se realizaron, además, búsquedas manuales de referencias cruzadas de las guías incluidas. Se incluyeron aquellos estudios relacionados con el diagnóstico y manejo del dolor crónico de origen no oncológico. Se excluyeron aquellos estudios que no abordasen específicamente el tema de interés.

Además, se realizó una lectura crítica y una síntesis cualitativa, valorando para ello el diseño y la metodología empleada en las guías utilizadas, mediante la herramienta AGREE disponible en el siguiente enlace: <http://www.agreecollaboration.org/instrument/.16>

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada guía de práctica clínica seleccionada.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

## SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SING)<sup>1</sup>

### Grados de recomendación

<b>A</b>	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
<b>B</b>	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
<b>C</b>	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

### Buena práctica clínica

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
---	--

La fuerza de la recomendación: Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño (GRADE)<sup>2</sup>

<b>FUERTE A FAVOR *</b> (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90%, lo elegirían si fueran informados Poca variabilidad esperada en la práctica clínica
<b>DÉBIL A FAVOR</b> (Se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10%, elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión Probable variabilidad en la práctica clínica

\* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

### AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON CHRONIC PAIN MANAGEMENT, 2010<sup>3</sup>

**Categoría A: Apoyada por la literatura.** Ensayos aleatorios controlados con informe estadístico con significancia ( $p < 0,01$ ) entre diferentes intervenciones clínicas para un resultados clínico específico

<b>Nivel 1</b>	La literatura contiene varios ensayos aleatorios controlados y los resultados agregados son apoyados por metanálisis
<b>Nivel 2</b>	La literatura contiene varios ensayos aleatorios controlados pero hay un número insuficiente de estudios para llevar a cabo un metanálisis viable con el propósito de estas directrices
<b>Nivel 3</b>	La literatura contiene un único ensayo aleatorio controlado

**Categoría B: Existencia de literatura sugerente.** La información en los estudios observacionales permite la inferencia de relaciones beneficiosas o perjudiciales entre intervenciones clínicas y resultados clínicos

<b>Nivel 1</b>	La literatura contiene comparaciones observacionales (por ejemplo cohortes y diversos diseños de investigación) de intervenciones clínicas o condiciones indicando inferencia estadística significativa entre las intervenciones clínicas para un resultado clínico específico
<b>Nivel 2</b>	La literatura contiene estudios observacionales no comparables con asociación (por ejemplo, riesgo relativo y correlación) o estadística descriptiva
<b>Nivel 3</b>	La literatura contiene informes de casos

**Categoría C: literatura ambigua.** La literatura no puede determinar si son beneficiosas o perjudiciales las relaciones entre la intervención y los resultados clínicos

<b>Nivel 1</b>	Metanálisis en los que no se encontró diferencias significativas entre los grupos o las condiciones
<b>Nivel 2</b>	Hay un número insuficiente de estudios para realizar el metanálisis y los ensayos controlados no han encontrado diferencias significativas entre los grupos o las condiciones, ensayos controlados establecen resultados inconsistentes
<b>Nivel 3</b>	Estudios observacionales dan resultados inconsistentes o no permiten la inferencia en relaciones beneficiosas o perjudiciales

**Categoría D: Insuficiente evidencia en la literatura.** La falta de evidencia científica en la literatura se describe en las siguientes condiciones:

- (1) No se han identificado estudios relacionados con la intervención y los resultados
- (2) La literatura disponible no puede utilizarse para evaluar relaciones entre la intervención y los resultados

<b>Categoría A</b>	Opinión de Expertos
<b>Categoría B</b>	Opinión de los miembros elaboradores de la guía
<b>Categoría C</b>	Opinión informal

UNIVERSIDAD DE MICHIGAN, 2011<sup>4</sup>

### Grados de recomendación

<b>I</b>	Generalmente debe realizarse
<b>II</b>	Puede ser razonable llevarla a cabo
<b>III</b>	Generalmente no se debe realizar

### Los niveles de evidencia

<b>A</b>	Estudios controlados randomizados
<b>B</b>	Estudios controlados no randomizados
<b>C</b>	Estudios observacionales
<b>D</b>	Opinión de expertos

**CTFPHC Sistema de gradación de la evidencia (Woolf 1990)**

**Gradación de las recomendaciones de la Guía Canadiense**

<b>I</b>	Evidencia de estudios randomizados controlados	<b>A</b>	Recomendación basada en la evidencia de los estudios randomizados controlados
<b>II-1</b>	Evidencia de estudios controlados no randomizados	<b>B</b>	Recomendación que se basa en: Ensayos controlados no randomizados, o Evidencia de estudios analíticos de cohortes o casos control , preferiblemente de más de un grupo o centro de investigación, o Evidencia de la comparación entre tiempos o lugares con o sin la intervención, cuyos resultados del estudio no controlados podrían ser incluidos
<b>II-2</b>	Evidencia de estudios analíticos de cohortes o casos-control, preferiblemente de más de un grupo o centro	<b>C</b>	Recomendaciones de la opinión de consenso del Grupo Consultor
<b>II-3</b>	Evidencia de la comparación entre tiempos o lugares con o sin la intervención, cuyos resultados del estudio no controlados podrían ser incluidos		
<b>III</b>	Opinión de expertos basadas en experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos		

Evidencia	Definición
<b>Bueno</b>	La evidencia incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y bien realizados en poblaciones representativas que evalúan directamente los efectos sobre los resultados de salud (por lo menos 2 ECA consistentes y de calidad o estudios de pruebas diagnósticas)
<b>Aceptable</b>	Las pruebas son suficientes para determinar los efectos sobre los resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por la calidad, tamaño o consistencia de los estudios incluidos, generalización de la práctica habitual; o la naturaleza indirecta de la evidencia en los resultados sanitarios (por lo menos uno de calidad o estudio de pruebas diagnósticas del tamaño muestral suficiente; 2 ó más ensayos de calidad o estudios de precisión diagnóstica con cierta incoherencia; por lo menos 2 consistentes)
<b>Limitada, falta de pruebas o pobres</b>	Las pruebas son insuficientes para evaluar los efectos sobre los resultados de salud por pocos estudios o estudios con contradicciones con ensayos de mayor calidad, diseño mal realizado, no mostrar evidencias, o falta de información sobre los resultados importantes