



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Calidad del Manejo del Dolor
Crónico No Maligno

D. Daniel Ángel García

2017



CALIDAD DEL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO



UNIVERSIDAD DE MURCIA FACULTAD DE MEDICINA

Autor: Daniel Ángel García

DNI: 02281719-G

Contacto: daniel.angel@um.es

Director: Pedro J. Saturno Hernández DNI: 22426714-N

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
U.D. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA



D. Pedro J. Saturno Hernández, Doctor de Universidad del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Calidad del Manejo del Dolor Crónico no Maligno", realizada por D. Daniel Ángel García, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 22 de diciembre de 2016

A todos los que me han acompañado en el camino, pues ya son parte de mi vida, y han sido ingredientes y motivo para mi crecimiento.

Quiero agradecer el apoyo de todas las personas que han colaborado directa o indirectamente en el desarrollo de esta tesis.

Al profesor Pedro J. Saturno por abrirme los ojos a nuevos mundos y enseñarnos a ir más allá de lo que me parecía posible.

A Ismael Martínez Nicolás, camarada de aventuras, porque la familia no son sólo lazos de sangre.

A Esperanza Sánchez y Mariana Lozano, por ser el punto de encuentro, por esa disposición siempre presente.

A Francisco López Soriano, impulsor del proyecto, colaborador incansable y siempre dispuesto.

A Antonia Gómez Conesa, impulsora de esta parte de mi historia.

A todos los investigadores, clínicos, gestores y administrativos que han participado en el desarrollo de las investigaciones. Especialmente a María Pilar Escolar Reina, María Beatriz Guerrero Díaz, María Encarnación Ros Martínez, Francesc Medina Mirapeix y Mayo Saturno Marcos, sin los que este proyecto habría sido imposible.

A mi hogar, Cristina y Alejandra, que han luchado y sufrido igual o más que yo para que pudiera cumplir mis propósitos. Os quiero, siempre.

Finalmente, a mis padres, espejo en el que nos miramos, por hacer que quiera ser mejor cada día, por inculcarme la necesidad de ayudar a los demás como elemento esencial de la felicidad propia.

ÍNDICE

GLOSARIO	7
RESUMEN.....	9
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1 DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO.....	19
1.2 PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	21
1.3 GESTIÓN DE CALIDAD COMO MOTOR DE LA MEJORA	23
1.3.1 Dimensiones de la Calidad.....	25
1.3.2 Líneas estratégicas para la mejora de la calidad	26
1.3.4 Actividades de mejora	28
1.3.5 Niveles de actuación	29
1.3.6 Perspectiva	30
1.4 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	31
1.4.1 Las guías de práctica clínica como elemento de calidad.....	32
1.4.2 Calidad metodológica de las guías	33
1.4.3 Guías de práctica clínica en Dolor Crónico No maligno.....	40
1.5 INDICADORES DE CALIDAD	41
1.5.1 Factibilidad de un indicador de calidad.....	43
1.5.2 Validez de un indicador de calidad.....	44
1.5.3 Fiabilidad de un indicador de calidad.....	45
1.5.4 Utilidad de un indicador de calidad.....	45
1.5.5 Desarrollo de un set de indicadores.....	46
1.6 OBJETIVOS.....	47
1.7 HIPÓTESIS	48
2. MATERIAL Y MÉTODO	53
2.1 CREACIÓN Y PILOTAJE DE UN CONJUNTO DE INDICADORES	53

2.1.1 Contexto del Estudio	53
2.1.2. Objeto y ámbito del estudio	54
2.1.3 Desarrollo de indicadores de calidad sobre el manejo del dolor cónico no maligno.	55
2.1.4 Diseño del pilotaje del set de indicadores propuesto	60
2.1.5. Diseño del formato de recogida de datos.....	64
2.1.6 Valoración para la priorización de los indicadores por expertos de las diferentes comunidades autónomas.	64
2.2 ANÁLISIS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	66
2.2.1. Búsqueda	66
2.2.2 Criterios de selección	67
2.2.3. Evaluación de la calidad formal de las guías.....	67
2.2.4 Selección de Recomendaciones de abordaje clínico	67
2.2.5 Propuesta de recomendaciones.....	68
3. RESULTADOS	73
3.1 PILOTO DE INDICADORES.....	73
3.1.1 Desarrollo de indicadores de calidad sobre el manejo del dolor cónico no maligno.	73
3.1.2. Factibilidad de la medición	76
3.1.3. Fiabilidad de los indicadores.....	79
3.1.4. Utilidad para la mejora de la calidad y cumplimiento preliminar	82
3.1.5. Valoración para la priorización de los indicadores por expertos de las diferentes comunidades autónomas.	86
3.2 ANÁLISIS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	87
3.2.1 Fibromialgia.....	87
3.2.1.2. Evaluación de la calidad formal de las guías.....	88
3.2.2. Dolor lumbar crónico	96
3.2.2.2. Evaluación de la calidad formal de las guías.....	97
4. DISCUSIÓN.....	109
4.1 PILOTO DE INDICADORES DE CALIDAD DEL MANEJO DE DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO.	109
El continuo dilema de la valoración del dolor.....	110

<i>Evidencia e indicadores de calidad en el dolor crónico no maligno</i>	<i>111</i>
<i>Prevalencia de las poblaciones evaluadas y factibilidad de la medición.....</i>	<i>111</i>
<i>Abordaje interdisciplinar y compromiso como principios para mejorar el tratamiento del dolor crónico.....</i>	<i>112</i>
4.2 REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE FIBROMIALGIA.....	113
<i>Brechas de información en las guías de práctica clínica</i>	<i>114</i>
<i>La necesidad de priorizar vías de acción no farmacológicas.....</i>	<i>115</i>
<i>Tratamiento farmacológico, un aliado efímero.</i>	<i>116</i>
4.3 REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DOLOR LUMBAR CRÓNICO	117
<i>Definición de dolor lumbar crónico: a qué nos enfrentamos realmente.</i>	<i>118</i>
<i>Variabilidad en las guías de práctica clínica, un pacto de mínimos</i>	<i>119</i>
<i>Evidencia y práctica clínica, una relación tormentosa.</i>	<i>120</i>
<i>Tratamiento no farmacológico.....</i>	<i>121</i>
<i>Las 3 limitaciones de los fármacos: duración, efecto y riesgo.....</i>	<i>122</i>
<i>Opioides en dolor crónico lumbar, un difícil aliado.</i>	<i>122</i>
4.4 LIMITACIONES Y FORTALEZAS	123
<i>4.4.1 Piloto de indicadores de calidad del manejo de dolor crónico no maligno.</i>	<i>123</i>
<i>4.4.2 Revisión de guías de práctica clínica de Fibromialgia</i>	<i>124</i>
<i>4.4.3 Revisión de guías de práctica clínica de Dolor Lumbar Crónico.....</i>	<i>124</i>
4.5. IMPLICACIONES PARA EL FUTURO.....	125
<i>4.5.1 Implicaciones para la investigación.....</i>	<i>125</i>
<i>4.5.2. Implicaciones en la continuidad del proyecto.....</i>	<i>129</i>
5. CONCLUSIONES.....	135
<i>5.1 PILOTO DE INDICADORES DE CALIDAD DEL MANEJO DE DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO.</i>	<i>135</i>
<i>5.2 REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE FIBROMIALGIA.....</i>	<i>136</i>
<i>5.3 REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DOLOR LUMBAR CRÓNICO</i>	<i>136</i>
6. REFERENCIAS.....	141
7. ANEXOS.....	167

7.1 ANEXO I. INDICADORES SOBRE MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS.....	167
7.2 ANEXO II. FICHAS ESTANDARIZADAS DE INDICADORES DCNM	186
7.3. ANEXO III REPORTES DE FACTIBILIDAD DE LA VALORACIÓN POR CENTRO ASISTENCIAL	261
7.4 ANEXO IV. VALORACIÓN DEL INTERÉS DE LOS INDICADORES POR EXPERTOS DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	266

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Estrategias para la mejora de la calidad.	26
Figura 2. Grupos de actividades de los programas de gestión de la calidad.	28
Tabla 1 Actividades de Mejora	29
Figura 3. Marco conceptual por niveles de la monitorización de Saturno (1998).	30
Figura 4. Piramide de Haynes “6S”	32
Tabla 2. Elementos del desarrollo metodológico de una Guía de práctica clínica.	34
Tabla 3. Situaciones básicas de evaluación la calidad.	41
Tabla 4. Tipo de indicador en función del análisis de los datos.....	42
Tabla 5. Tipo de indicador en función del tipo de dato como medida de calidad.....	43
Tabla 6. Características básicas de los centros evaluados.....	54
Tabla 7. Sistema unificado de Gradación de la Evidencia.....	57
Tabla 8. Sistema unificado de Gradación de la Fuerza de la Recomendación	58
Figura 5. Algoritmo para la asignación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación	59
Figura 6. Ficha de indicador	60
Tabla 9. Expertos involucrados en la valoración de los indicadores para el manejo del dolor crónico no maligno por profesión, entidad y CCAA	65
Figura 7. Flowchart del proceso de construcción y pilotaje de los indicadores	74
Tabla 10. Indicadores de buenas prácticas para el control del dolor crónico no maligno	75
Tabla 11. Indicadores de buenas prácticas para el control del dolor crónico no maligno con valoración no problemática y distribución por centros.	77
Tabla 12. Resultado de Kappa de los indicadores de dolor crónico no maligno	80
Tabla 13. Cumplimiento con los estándares de calidad por centros y cumplimiento total estimado en indicadores sobre dolor crónico no maligno medidos como % de cumplimiento.....	84
Tabla 14. Indicadores sobre dolor crónico no maligno. Valoración de su interés por parte de expertos de las CCAA. Puntuación media y relación con factibilidad de medición en el pilotaje	86
Figura 8. Proceso de búsqueda de guías de práctica clínica de fisioterapia	87
Tabla 15. Puntuación por dominio según AGREE II de cada guía. Fibromialgia.....	88
Figura 9. Número de dominios por encima del 50% en AGREE II para cada guía. Fibromialgia	89
Tabla 16. NE y FR de los tratamientos según las guías de práctica clínica.....	90
Tabla 17. Recomendaciones sintetizadas a partir de las guías relativas a fibromialgia.....	92
Figura 10. Proceso de búsqueda de guías de práctica clínica de fisioterapia.....	96
Tabla 18. Puntuación por dominio según AGREE II de cada guía. DLC	97
Figura 11. Número de dominios por encima del 50% en AGREE II para cada guía. DLC.....	98
Tabla 19. Recomendaciones según su Nivel de Evidencia (NE) y Fuerza de Recomendación (FR)	98
Tabla 20. Síntesis de recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar crónico.	101
Tabla 21. Resultados de las búsquedas y bibliografía revisada en la actualización del set de indicadores.	128

GLOSARIO

AGREE- Appraisal of Guidelines Research & Evaluation

AHRQ- Agency for Healthcare Research and

AINE- Aintinflamatorio No Esteroideo

BMJ- British Medical Journal

CC.AA- Comunidades Autónomas

CIAP-2 : Clasificación Internacional de Atención Primaria, segunda edición.

CIE-9- Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 9.

CMBD- Conjunto Mínimo Básico de Datos

CSAS - Centro de Salud de Alcantarilla-Sangonera

DCNM- Dolor Crónico No maligno

DE- Desviación estándar

DLC- Dolor Lumbar Crónico

ESAD- Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.

FM- Fibromialgia

FR- Fuerza de Recomendación

GIN – Guidelines International Network

GLIA- Guide Line Implementation Appraisal

GPC- Guía de práctica clínica

HCUVA- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

HGURS - Hospital General Reina Sofía

IASP- International Association for the Study of Pain

ICSI- Institute for Clinical Systems Improvement

IOM – Institute Of Medicine

ISRN- Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina

ISRS- Inhibidor selectivos de la Recaptación de serotonina

LQAS- Lot quality assurance sample

MeSH : Medical Subject Headings.

NE- Nivel de Evidencia

NGCH- National Guideline Clearinghouse

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

NZGG- New Zealand Guidelines Group

OMS- Organización Mundial de la Salud

PBE- Práctica Basada en la Evidencia

PRISMA- Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

SIGN- Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SIP- Societal Impact of Pain

SNS – Sistema Nacional de Salud

RESUMEN

La presente tesis propone un abordaje de la realidad clínica del dolor crónico no maligno desde la perspectiva de la gestión de calidad. Se ha tomado la definición de dolor crónico como “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño”, que dura tres o más meses, o que persiste más allá del tiempo de curación esperado. El carácter de no malignidad hace referencia a que el origen es debido a causas que no amenazan la vida del paciente, aunque le provoque un importante deterioro físico y psíquico.

Este tipo de dolor es una importante carga para el paciente y la sociedad debido a la dificultad de su manejo. Los múltiples factores que influyen en el dolor crónico hacen que los resultados obtenidos en la clínica sean inconsistentes y limitados. Para abordar este problema, en el presente trabajo se utilizan las herramientas de la gestión de calidad. Estas, nos sirven de guía para dirigir nuestros esfuerzos, reportan información de nuestros avances y de si estamos obteniendo los resultados deseados. Este abordaje se ha realizado desde el modelo de gestión de calidad de los servicios sanitarios propuesto por J. Saturno. El modelo incluye 6 dimensiones de calidad (seguridad, efectividad, servicio centrado en el paciente, accesibilidad eficiencia y equidad); seis líneas estratégicas para la implantación de la calidad (liderazgo, sistemas de información, participación de los pacientes y la población, regulación y estándares, capacidad organizacional y desarrollo e implementación de modelos de atención); tres actividades básicas de mejora (monitorización de la calidad, ciclos de mejora y diseño de a calidad); 3 niveles organizacionales mínimos (el nivel macro, el meso, micro); y por último dos perspectivas de intervención (externa o interna).

Las estrategias nacionales para el manejo del dolor crónico no maligno no están bien definidas. A este respecto, hay que destacar el "Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud", publicado en 2014, donde se establece como objetivo: "... 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 describen en este marco diferentes líneas estratégicas, entre las que se encuentra la prevención y Atención sanitaria o las referentes al tratamiento del dolor. En este documento se contempla la

necesidad de utilizar la información recogida en las Guías de Práctica Clínica (GPCS) y de protocolizar el tratamiento de las patologías que cursan con dolor crónico. Además, este marco propone: "Establecer sistemas para la monitorización y seguimiento del manejo del dolor, como los sistemas de alerta en la historia clínica digital."

Este trabajo propone un abordaje desde la gestión de calidad para acercar la evidencia a la práctica clínica y detectar posibles oportunidades de mejora. Se plantean por lo tanto dos objetivos principales. El primero, desarrollar y pilotar el set de indicadores enfocado al manejo del dolor crónico no maligno, con el fin de probar su factibilidad, fiabilidad y capacidad para identificar oportunidades de mejora en la calidad. Este set puede ser una herramienta útil para monitorizar el abordaje del dolor. El segundo objetivo es identificar, analizar y resumir de forma clara y explícita las recomendaciones que formulan las guías de práctica clínica en cuanto al tratamiento del dolor lumbar crónico y la fibromialgia, que son dos patologías que cursan con dolor crónico no maligno y se encuentran entre las más prevalentes en el sistema sanitario.

Metodología

Se ha desarrollado un set de indicadores a partir de las recomendaciones de manejo del dolor crónico no maligno encontradas en las guías de práctica clínica relativas al manejo de este dolor y las diferentes afecciones que pueden provocarlo.

Para la construcción y validación de indicadores se consideró 5 grandes bloques de actuaciones secuenciales: 1. Acordar/adoptar una clasificación operativa de dolor crónico no maligno, y revisar y sistematizar sobre esa base la evidencia existente en relación a su valoración, tratamiento inicial, prevención y control. 2. Revisar y sistematizar la evidencia y los indicadores existentes que trasladen las recomendaciones contenidas en las Guías de Práctica Clínica y la literatura científica consultada. 3. Construir indicadores nuevos. 4. Diseñar las herramientas de medición y realizar el pilotaje de los indicadores propuestos, para elaborar la versión final de éstos, y confeccionar un manual de recomendaciones metodológicas para su medición. 5. Valoración del interés potencial de los indicadores en base a la opinión de expertos de diferentes comunidades autónomas.

Los indicadores creados se pilotaron en un centro de salud y dos hospitales para probar la factibilidad, fiabilidad y utilidad del set. La Factibilidad de medición en los distintos centros asistenciales se describió en términos de la posibilidad de medición del indicador y del tiempo que se tardó en medir; la fiabilidad fue comprobada mediante el cálculo del índice de kappa para cada indicador con una muestra de quince casos por centro (total de cuarenta y cinco); finalmente, para probar la utilidad, se utilizó la técnica de Lot Quality Acceptance Sampling para identificar oportunidades de mejora y adicionalmente se calculó el porcentaje de cumplimiento para cada centro individual y en conjunto.

La revisión de las guías de práctica clínica de dolor lumbar crónico y fibromialgia se ha realizado siguiendo las normas de revisiones sistemáticas propuestas en el documento PRISMA. Se realizó una búsqueda sistemáticas de guías de práctica clínica en las bases de PubMed, Cochrane, ScienceDirect, Clinical Evidence, SIGN, NZGG, NICE, AHRQ y Guíasalud. Se utilizaron para la revisión orientada a fibromialgia los siguientes términos: “fibromyalgia” (MeSH) AND (“guideline” (MeSH) OR “clinical practice guideline”); y se limitó la búsqueda desde enero de 2003 a Diciembre de 2014. Para dolor lumbar crónico, se utilizaron los siguientes términos: (“chronic low back pain” OR “chronic pain” (MeSH) OR “low back pain”) AND (“guideline” OR “clinical practice guideline”); con un límite temporal desde enero de 2003 a Junio de 2013. Adicionalmente se realizó una búsqueda manual a partir de la bibliografía más relevante y a través de Google Scholar.

Se incluyeron las guías de práctica clínica que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: dirigidas al tratamiento de la fibromialgia o el dolor lumbar crónico; estar basadas en evidencia científica (Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis); incluir Nivel de Evidencia y Fuerza de Recomendación, además de referencias claramente identificadas mediante cualquier estilo de citación; la búsqueda de la evidencia utilizada para formular las recomendaciones debe ser sistemática; estar orientadas a población adulta o anciana; estar escritas en inglés o español.

Las guías seleccionadas se evaluaron metodológicamente a través de la herramienta AGREE II. Una vez identificadas las guías de práctica clínica, se analizaron sus

recomendaciones y se agruparon por tipo de tratamiento. Se formularon, a partir de las guías más recientes, recomendaciones que incluyeran la información más completa sobre cada abordaje.

Resultados

A partir de la revisión y sistematización de la evidencia e indicadores existentes, se ha desarrollado un set de indicadores para medir la calidad del manejo del dolor crónico no maligno. Cuarenta y seis indicadores fueron contruidos en base a la evidencia disponible siguiendo las recomendaciones de la literatura actual. De los cuarenta y seis, seis pertenecen al grupo de manejo general (cualquier condición que curse con dolor crónico y ancianos). Cuarenta están distribuidos en diferentes grupos de afecciones: migrañas, dolor pélvico crónico, dolor lumbar crónico, artritis reumatoide, artrosis, fibromialgia y dolor neuropático. Todos los grupos han tenido indicadores factibles. Todos los indicadores factibles han demostrado una fiabilidad de moderada a alta y han resultado útiles para identificar problemas de calidad. Los resultados de cumplimiento muestran que no se están llevando a cabo en la práctica clínica las prácticas recomendadas en la evidencia. La evaluación a través de "*Lot Quality Assurance Sample*" ha mostrado problemas de calidad en la mayoría de los indicadores. Sólo dos indicadores han cumplido con el estándar de 95% propuesto, y cuatro con el de 75% en todos los centros donde fueron factibles. Atendiendo al cumplimiento total estimado conjunto, sólo cuatro indicadores, referentes principalmente al abordaje farmacológico, obtuvieron valores por encima del 60%. En cambio, 16 de los indicadores obtuvieron valores inferiores al 15%. Estos últimos estaban enfocados a valoración y seguimiento (3 indicadores), prevención de efectos secundarios evitando la prescripción de determinados tratamientos farmacológicos (dos indicadores), abordaje no farmacológico (ocho indicadores), uso apropiado de la medicación basado en la intensidad del dolor (dos indicadores), y tratamiento farmacológico adecuado a la evidencia (un indicador).

Adicionalmente, como parte de la investigación se presentan dos revisiones sistemáticas de guías de práctica clínica referentes a la fibromialgia y al dolor lumbar crónico. En ambas revisiones se han identificado puntos en común en cuanto a las

recomendaciones de tratamiento, pero también importantes discordancias. En ambas patologías se recomienda el abordaje interdisciplinar. El ejercicio terapéutico se establece como base del abordaje de ambas enfermedades; complementándose con abordajes cognitivos-comportamentales y farmacológicos.

La revisión de guías de práctica clínica de fibromialgia aportó 249 resultados, de los que 13 se revisaron a texto completo, y finalmente se aceptaron 6. Las guías de práctica clínica incluidas han evaluado la evidencia disponible sobre: abordaje general, farmacología, fisioterapia, psicología y terapias alternativas. Sólo siete terapias aparecen en todas las guías: el ejercicio aeróbico, el tratamiento cognitivo-comportamental, la amitriptilina, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina, Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina y Noradrenalina, fármacos anticonvulsivos y opioides suaves. Se han identificado 22 tipos de terapia que presentan, en al menos una guía, un nivel de evidencia alto. En cuanto a la calidad metodológica, vemos que todas las analizadas presentan más del 50% de puntuación en al menos 3 dominios. Dos de las guías presentan valores por encima del 50 por ciento en 5 de los 6 apartados (excepto aplicabilidad) de la herramienta AGREE II.

La revisión de guías de dolor lumbar crónico aportó 746 resultados, de los cuales se identificaron 20 potenciales guías. Finalmente 8 guías cumplen con los criterios de inclusión. Solo tres recomendaciones han sido incluidas en todas las guías: el ejercicio, las manipulaciones y la tracción. La primera muestra alto nivel de evidencia en todas las guías, y está indicada como pilar fundamental del tratamiento. La manipulación está indicada en poblaciones específicas, pero existe controversia para su recomendación. En cambio se recomienda no usar la tracción en el DLC por no resultar efectiva e incurrir en posibles efectos adversos. Cinco terapias han mostrado resultados consistentes para recomendar su uso y aparecen en al menos 5 guías: ejercicio, abordaje multidisciplinar, escuela de espalda, opioides y antidepresivos. Respecto a la calidad de las guías, la evaluación a través de la herramienta AGREE II reporta una puntuación media de todas las guías en todos los dominios igual o mayor de 51,39%, excepto en aplicabilidad (media de 39.32%).

Conclusiones

El set de indicadores ha resultado factible, fiable y útil, con la capacidad para servir de punto de partida para desarrollar iniciativas de calidad en el manejo del dolor crónico no maligno.

En ambas revisiones de guías de práctica clínica, a pesar de las diferencias, se han identificado una serie de abordajes que se han contemplado en prácticamente la totalidad de las guías referentes a cada afección.

Los abordajes terapéuticos recomendados para el abordaje de la fibromialgia son, principalmente, medidas no farmacológicas. El ejercicio y el tratamiento cognitivo conductual son los tratamientos con mayor evidencia. La aproximación multimodal es un elemento que favorece ampliamente el éxito de la terapia. El uso de fármacos debe estar bajo seguimiento y puede reservarse para episodios de dolor intenso o síntomas no controlados. En el resultado del piloto se puede ver que el tratamiento con ejercicio no se está haciendo en los pacientes con fibromialgia (10% de los casos), e incluso el farmacológico se cumple sólo en el 46 % de los casos.

Respecto al dolor lumbar crónico, el ejercicio y la escuela de espalda establecen la base del tratamiento no farmacológico, aportando la evidencia más sólida y una menor incidencia de efectos secundarios. Los dos indicadores pilotados que responden a estas recomendaciones se cumplen en menos del 7 % de los casos. El tratamiento farmacológico se perfila como un recurso para controlar el dolor lumbar crónico durante un corto periodo de tiempo, debiendo planificar estrategias que controlen sus efectos a largo plazo y se realice un seguimiento correcto. El tratamiento farmacológico adecuado evaluado en el piloto de indicadores muestra que este se realiza correctamente en el 66% de los casos.

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Dolor Crónico No maligno

El dolor crónico no maligno (DCNM) es un verdadero problema de salud pública en nuestro tiempo, tanto en términos epidemiológicos, el 20% de la población adulta en el mundo sufre dolor crónico ^{1,2}, como en términos éticos, cuando fallamos al tratarlo^{3,4}.

La asociación internacional para el estudio del dolor (International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño”⁵. El dolor crónico es el que dura tres o más meses, o el dolor que persiste más allá del tiempo de curación esperado⁶. En Pubmed fue introducido el término “dolor crónico” en el año 2012⁷, haciendo referencia a “sensación desagradable que persiste por más de unos meses. Puede o no puede estar asociada con un trauma o enfermedad, y puede persistir después de que la lesión inicial haya sanado. Su localización, carácter, y temporalidad son más vagas que en el dolor agudo”.

El carácter de no malignidad hace referencia a que el origen del dolor es debido a causas que no amenazan la vida del paciente, aunque le provoque un importante deterioro físico y psíquico. En la literatura actual aparece como sinónimo a dolor no maligno, dolor no oncológico, pero en el presente trabajo se usará el término no maligno debido a que en él se incluyen otras circunstancias, como por ejemplo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que también amenazan la vida del paciente.

El DCNM es el principal síntoma de numerosas enfermedades que, aunque no suponen un riesgo para la vida del paciente, dan lugar a un importante deterioro de su salud (en los ámbitos físico, psíquico y social) y su calidad de vida⁸; afectando normalmente a los seres cercanos y a la sociedad en conjunto^{9,10}. Que el dolor sea un síntoma que afecta de manera tan amplia a las personas es debido a la compleja interacción de los mecanismos fisiológicos¹¹, psicológicos¹², emocionales¹³, cognitivos^{14,15}, sociales¹⁶ y ambientales¹⁷ que dan lugar al mismo.

Dada la variedad de mecanismos que influyen en el dolor y las numerosas afecciones que pueden causar DCNM, no es de extrañar el extenso abanico terapéutico que existe para abordarlo. Las opciones de tratamiento incluyen los acercamientos farmacológicos (como antiinflamatorios no esteroideos, acetaminofeno, antidepresivos, anticonvulsivos, relajantes musculares u opioides), abordajes invasivos (desde inyecciones a dispositivos internos o cirugía), fisioterapia (donde el ejercicio terapéutico es la opción más estudiada), abordaje psicológico (condicionamiento operante y terapia cognitivo-comportamental se presentan como las principales opciones) y otras terapias alternativas. A pesar de la cantidad de opciones terapéuticas disponibles, la efectividad de estos tratamientos es moderada e inconsistente entre los distintos pacientes y las enfermedades que provocan el dolor¹⁸. En general, los tratamientos disponibles actualmente ofrecen una mejora modesta del dolor y un progreso limitado en la función física y emocional.

La calidad de la evidencia del abordaje del dolor es mediocre y no ha mejorado substancialmente en los últimos años, en parte porque los ensayos clínicos se suelen realizar con un solo abordaje terapéutico, y por lo tanto no muestran resultados suficientemente contundentes^{19,20}. Es necesario considerar en la investigación en el ámbito del DCNM la combinación de terapias, la identificación de indicadores de respuesta al tratamiento y adecuar los tratamientos a las características de los pacientes¹⁸. Uno de los factores clave que influyen en el éxito del tratamiento del DCNM es que este debe ser obligatoriamente multi (tratado por profesionales de distintas especialidades) e inter-disciplinar (todos los profesionales trabajando hacia el mismo objetivo)^{21,22}.

El DCNM es también, debido a su temporalidad y dificultad de manejo, una importante carga económica, tanto para los sistemas sanitarios directamente^{9,10,23,24}, como para los sistemas financieros nacionales debido, por ejemplo, a la pérdida de días de trabajo o el descenso de la productividad^{25,26}.

En parte, debido a la dificultad de trasladar los resultados de investigaciones a la práctica diaria, y en parte por la complejidad de los pacientes con DCNM, tradicionalmente, la incorporación del conocimiento a la práctica en el tratamiento del

DCNM ha supuesto un reto²⁷. Los avances en la comprensión de los mecanismos subyacentes al origen del dolor crónico y el desarrollo de nuevas terapias de las últimas décadas siguen encontrando la misma barrera de aplicación a la práctica clínica¹⁸.

Hasta el 2014 en España no existe una estrategia nacional que aborde el dolor crónico no maligno²⁸, sólo determinadas comunidades autónomas como Madrid²⁹ (medición y creación de comités del dolor), Galicia³⁰ (medición del dolor), Cataluña³¹ (implantación de procesos clínicos integrados) o Andalucía³² (Plan Andaluz de atención al dolor) han puesto en marcha diferentes iniciativas orientadas al dolor general. En 2014 aparece el "Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS)" donde se establece como objetivo: " ... 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 describen en este marco diferentes líneas estratégicas, entre las que se encuentra la prevención y Atención sanitaria o las referentes al tratamiento del dolor. En este documento se contempla la necesidad de utilizar la información recogida en las Guías de Práctica Clínica (GPCS) y de protocolizar el tratamiento de las patologías que cursan con dolor crónico. Además, se propone: "Establecer sistemas para la monitorización y seguimiento del manejo del dolor, como los sistemas de alerta en la historia clínica digital.". Hasta el momento no se han materializado las medidas propuestas es esta iniciativa³³.

1.2 Practica basada en la evidencia

Ante la dificultad de abordar un tema tan complejo como el DCNM es necesario recurrir a las herramientas que nos permitan ofrecer la mejor atención a los pacientes. Desde un punto de vista tanto profesional, como ético y práctico, el acercamiento más plausible es basar la práctica en la evidencia; pero conlleva establecer determinadas condiciones y enfrentar no pocos desafíos, que vamos a abordar a continuación³⁴.

La práctica basada en la evidencia (PBE) se define como el uso consciente, explícito y juicioso de la evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes^{35,36}. La PBE requiere que el profesional utilice su experiencia clínica junto a la

aplicación de la evidencia disponible en el contexto específico del paciente, teniendo en cuenta los valores y opiniones del éste³⁷. Entre los retos de la PBE se encuentran la necesidad de formación continuada³⁸, la aplicación de resultados de estudios al entorno clínico real³⁹, y, un elemento que ha adquirido importancia a lo largo de los últimos años, la capacidad de identificar y reconocer la calidad de la evidencia que se está consultando.

El desafío de la formación continuada es hacer partícipes a los profesionales del cambio que se pretende conseguir. Las presentaciones o charlas han demostrado no ser suficientes para producir un cambio en la práctica de los profesionales⁴⁰, pero en la actualidad se siguen utilizando estos métodos para diseminar la información. Los talleres interactivos, en los que el profesional interioriza, experimenta y razona sobre como la evidencia existente puede ser traducida a su práctica profesional, han demostrado los mejores resultados⁴⁰.

Entre los principales problemas de la desactualización de los profesionales, el más importante es la continuación del uso de técnicas con pocos resultados o resultados no deseables. Las causas para que un profesional sanitario no actualice sus conocimientos pueden ser la falta de tiempo, la saturación de información, el difícil acceso a los recursos o la falta de estímulos y motivación⁴¹.

Las barreras para trasladar la evidencia a la práctica clínica son numerosas⁴². Están relacionadas normalmente con el contexto organizacional (falta de incentivos, restricciones administrativas, restricciones temporales, expectativas de los pacientes, etc.), con el contexto social (rutinas, práctica habitual, líderes de opinión contrarios al cambio, conocimiento obsoleto, grupos de presión –e.g., farmacéuticas-, etc.), o con el contexto profesional (conocimiento, actitudes, incertidumbre en el desempeño clínico, compulsión a actuar, sobrecarga de información, etc.).

Por último la apreciación crítica de la literatura disponible es una aptitud que se debe cultivar desde la educación universitaria para permitir que los profesionales puedan emitir juicios de valor en cuanto a la bibliografía que utilizan dado la gran oferta de la que se dispone actualmente³⁷.

Entre las estrategias para abordar la implementación de la PBE se encuentran: estrategias educativas⁴³, auditorías y feedback⁴⁴, recordatorios⁴⁵, aplicaciones electrónicas⁴⁶, sustitución o reorganización de responsabilidades^{47,48}, colaboración multidisciplinar⁴⁹, campañas masivas⁵⁰, intervenciones financieras⁵¹ e intervenciones mediadas por el paciente⁵².

Cuando tratamos de instaurar un sistema para integrar la PBE en la práctica diaria tenemos, como hemos visto, muchas opciones, pero la dificultad radica en cual puede tener más éxito en nuestro contexto. La gestión de calidad nos ofrece una serie de herramientas que permiten sistematizar la identificación de oportunidades de mejora, la medición y monitorización de problemas, la planificación de estrategias de mejora y el diseño de procesos, todo basado en la mejor evidencia disponible. El uso de la gestión de calidad tiene la ventaja de que se puede (y preferiblemente se debe) realizar de forma interna, es decir, deben ser los propios profesionales sanitarios los promotores y gestores de las mejoras⁵³. La motivación de los propios profesionales para mejorar junto al profundo conocimiento del contexto donde se pretenden realizar las mejoras, les convierte en los actores óptimos para utilizar las herramientas antes citadas de forma que produzcan los resultados esperados.

En el caso específico del manejo del DCNM estamos ante una situación en la disponemos de un número limitado de herramientas terapéuticas, en contraste con el gran volumen de tratamiento que se realiza en la clínica⁵⁴. La gestión de calidad utilizada de forma rutinaria en la práctica habitual nos puede permitir identificar los problemas en el manejo del dolor específicos de nuestra unidad, implantar mejoras adaptadas a nuestro contexto y monitorizar los cambios para asegurarnos de que avanzamos en la dirección correcta.

1.3 Gestión de Calidad como motor de mejora

Al enfrentarnos al DCNM nos encontramos ante un problema de difícil solución y que presenta dilemas éticos y morales a tener en cuenta. Como forma de solventar esta encrucijada, tenemos la posibilidad de utilizar las herramientas de la gestión de calidad. Nos sirven de guía para dirigir nuestros esfuerzos, reportan información de nuestros avances y de si estamos obteniendo los resultados deseados. La adopción de

la gestión de la calidad supone una gran ventaja como método científico de mejora de la práctica clínica, pues reporta, a quien adquiere el compromiso, un gran crecimiento profesional, personal y moral.

Hay múltiples definiciones de lo que se entiende por calidad de los servicios de salud, y varios modelos en los que se resumen los componentes de la gestión de calidad⁵⁵⁻⁵⁷. Todos responden a diversas interpretaciones sobre qué significa atender las necesidades de atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios cuya calidad queremos definir.

Las investigaciones realizadas en este trabajo están enmarcadas dentro del modelo de gestión de calidad de los servicios sanitarios propuesto por Pedro J. Saturno^{58,59}. Para materializar este modelo conceptual de gestión de la calidad, hace falta establecer un programa de gestión de calidad. Según Saturno, un programa de gestión de calidad es “un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad” con tres componentes esenciales: 1) una filosofía de mejora continua; 2) una estructura y organización que practica esta filosofía, y 3) unas actividades conducentes a controlar y mejorar la calidad⁵⁹.

En el mismo se asume que la calidad es un conjunto de propiedades inherentes al elemento al que nos estemos refiriendo. En nuestro caso, estamos considerando la calidad de los servicios de salud y, como resultado último de éstos, esperamos mejorar la salud de los pacientes. El modelo que se utiliza en el presente trabajo descompone la calidad de los servicios de salud en:

- 6 Dimensiones, que definen la calidad.
- 6 Líneas estratégicas para la implantación de la calidad.
- 3 Actividades básicas.
- 3 Niveles organizacionales mínimos.
- 2 Perspectivas de intervención.

Podemos definir todos los conceptos que componen el modelo de gestión de calidad, anteriormente mencionados, como sigue:

1.3.1 Dimensiones de la Calidad

Partiendo de que no existe una definición de calidad universal, proponemos como ejemplo de definición de calidad la propuesta por IOM: “el grado en que los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la probabilidad de obtener el resultado de salud deseado y son consistentes con la evidencia”⁶⁰; y la utilizada en el programa Ibérico: *“la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”*⁶¹. Ambas son definiciones operativas dentro de un marco de actuación. La definición de calidad siempre debe estar adecuada al contexto en el que se va a utilizar y debe ser aceptada por todos los profesionales que van a participar de su implantación. La definición de calidad se expresa mejor en forma de las denominadas “dimensiones” de la calidad.

Las dimensiones de la calidad son los elementos mínimos para que nuestras intervenciones tengan una dimensión ética y profesional correcta y respondan a las necesidades de los pacientes. Las expuestas a continuación han sido adaptadas del Institute of Medicine⁵⁷ y la Organización Mundial de la Salud (WHO)⁵⁵ y han sido elaboradas teniendo en cuenta la posibilidad de medición de las mismas. En el mencionado marco conceptual se contemplan las siguientes dimensiones:

- **SEGURIDAD:** Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa.
- **EFFECTIVIDAD:** Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. También puede expresarse como la provisión de servicios, basados en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos.
- **SERVICIO CENTRADO EN EL PACIENTE:** Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.

- **ACCESIBILIDAD:** Reduciendo las esperas y, a veces perjudiciales, retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria.
- **EFICIENCIA:** Evitando el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía.
- **EQUIDAD:** Provisión de servicios que no varían en calidad según características personales tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico.

1.3.2 Líneas estratégicas para la mejora de la calidad

En la Figura 1. Estrategias para la mejora de la calidad. se presentan los diferentes grupos de estrategias que habitualmente se pueden utilizar para implantar un sistema de calidad. Lo común es que una sola intervención por sí misma no sea suficiente para conseguir una mejora, por lo que habitualmente necesitaremos utilizar varias o todas las estrategias. A continuación se presentan una clasificación de áreas estratégicas en las que se puede desarrollar una o varias intervenciones para mejorar la calidad:

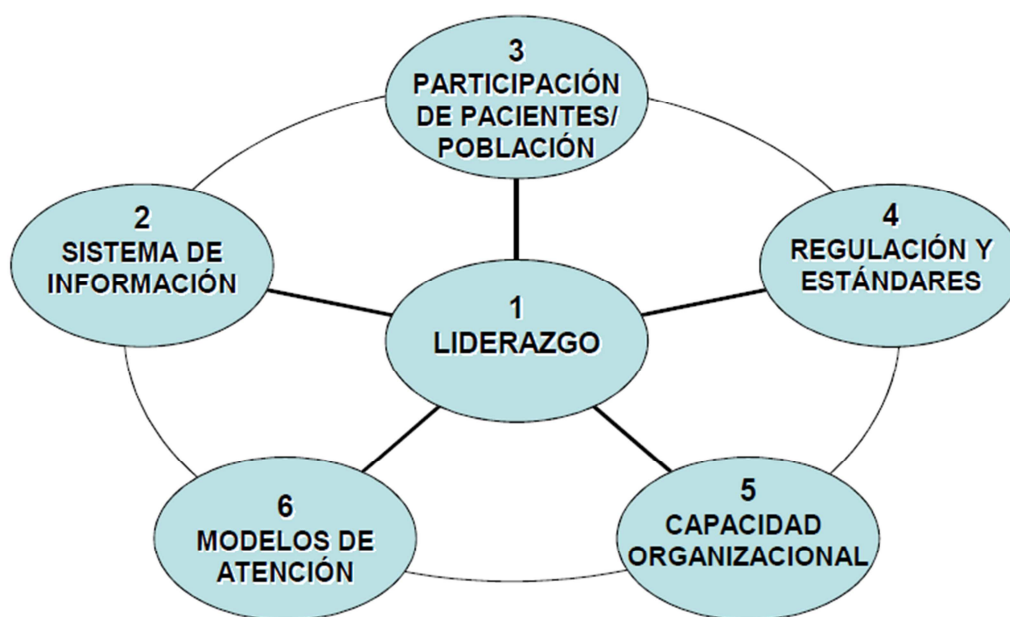


Figura 1. Estrategias para la mejora de la calidad.

Adaptado de: Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems.* WHO, Geneva 2006.⁵⁵

Las definiciones de las diferentes estrategias son las siguientes⁶²:

- **LIDERAZGO:** incluye la búsqueda y consolidación del apoyo de los líderes formales y reales para las acciones de mejora que queremos implementar. Va a ser una de las estrategias indispensables para la mejora.
- **SISTEMAS DE INFORMACIÓN:** incluye los sistemas de información de las actividades de mejora (medición y difusión). Además abarca la accesibilidad de los profesionales a evidencia actualizada, la información dada a los pacientes y el acceso de estos últimos a información que permita el autocuidado.
- **PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y POBLACIÓN:** implica el fomento de la participación activa y la puesta en marcha de formas de participación iniciadas o solicitadas por el sistema. Es necesaria para hacer realidad la atención centrada en el paciente.
- **REGULACIÓN Y ESTÁNDARES:** todas las iniciativas con enfoque externo, abarcando desde los requisitos para el funcionamiento (licencias), los sistemas de acreditación y certificación, y los esquemas de indicadores aplicados de forma general o externa a las instituciones, así como las GPCs y diseño de procesos estandarizados y propuestos para el conjunto del sistema de salud.
- **CAPACIDAD ORGANIZACIONAL:** incluye el desarrollo y gestión de los recursos humanos para facilitar la mejora continua de la calidad, así como la dotación de la infraestructura y equipamiento necesarios para la provisión de los servicios que queremos mejorar. También el desarrollo de sistemas y capacidad metodológica para la implementación de la mejora continua de la calidad. Y por último el fomento de la cultura organizacional basada en la calidad.
- **DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN:** Se trata de diseñar e implementar modelos de atención integrales e innovadores que incluyan toda la evidencia existente en torno al problema de salud que queremos mejorar, con una coordinación expresa de todos los niveles asistenciales e incluyendo la participación activa de pacientes y población.

1.3.4 Actividades de mejora

Dentro del objetivo general de la mejora continua de la calidad, las diversas actividades a realizar son agrupables según sus tres principales puntos de partida en torno a los que puede funcionar el programa: (i) la identificación de oportunidades de mejora, (ii) la elaboración de indicadores y su monitorización, y (iii) el diseño de nuevos servicios o cambios substanciales en los existentes. Estos tres puntos de partida se corresponden con tres áreas de actividades diferenciadas dentro del programa: ciclos de mejora, monitorización y diseño de la calidad (Figura 2. Grupos de actividades de los programas de gestión de la calidad.), que tienen a su vez objetivos inmediatos diferentes, como se refleja en la siguiente tabla (Tabla 1 Actividades de Mejora).

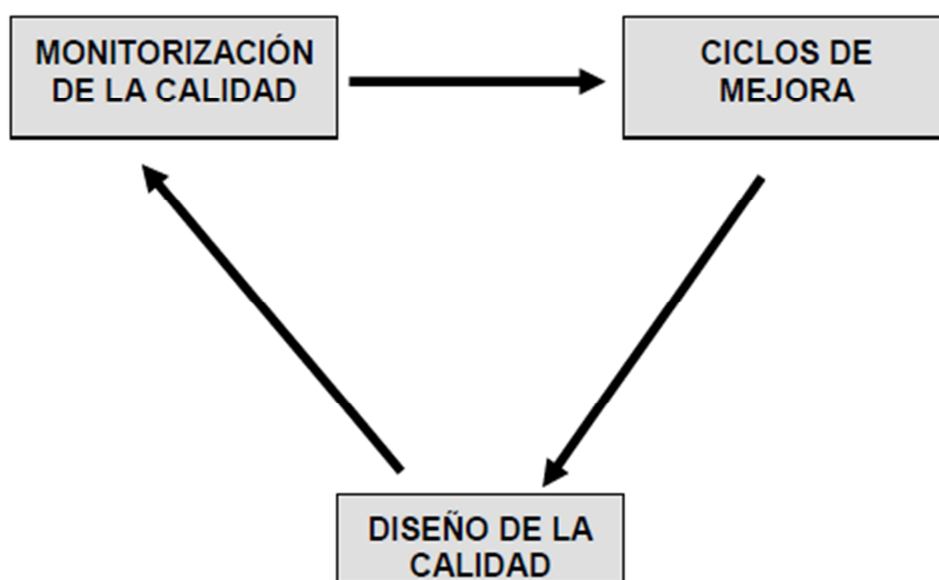


Figura 2. Grupos de actividades de los programas de gestión de la calidad.

Fuente: Saturno, P.J., 2008. Gestión de calidad. Concepto y componentes de un programa de gestión de la calidad.

En Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia

Tabla 1 Actividades de Mejora

GRUPO DE ACTIVIDADES	PUNTO DE PARTIDA	OBJETIVO INMEDIATO
Ciclos de mejora: Los ciclos de mejora aprovechan los problemas de calidad u oportunidades de mejora detectados para someterlos a análisis e intervención y conseguir solucionarlos.	Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se ofrecen	- Solucionar el problema - Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta
Monitorización: La monitorización de la calidad es la medición periódica y planificada de una serie de indicadores, con el fin de controlar que están a los niveles deseables. Sirve para identificar problemas de calidad u oportunidades de mejora.	- Identificación de aspectos relevantes de los servicios que se ofrecen y construcción de indicadores sobre su calidad. - Selección de indicadores sobre problemas que hemos sometido a ciclos de mejora	Identificación de problemas de calidad u oportunidades de mejora
Diseño: consiste en prevenir la aparición de problemas de calidad e implica, en la terminología de la industria, diseñar sistemas y procesos de manera que la calidad sea inevitable. Facilitar que las cosas tengan que hacerse siempre bien	- Programación de un nuevo servicio a ofrecer. - Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios. - Identificación de parámetros y resultados a conseguir	Diseñar los procesos de atención para conseguir los resultados deseados predeterminados

1.3.5 Niveles de actuación

Los niveles presentados en este modelo de calidad son al menos tres⁶³: el nivel macro –considerado el sistema de salud–, el meso –que son las instituciones o centros de salud–, y el de atención directa al paciente o micro –que puede ser desde una unidad asistencial a un profesional de salud– (Figura 3. Marco conceptual por niveles de la monitorización de Saturno (1998).). Dependiendo del entorno organizativo al que nos estemos refiriendo puede que haya más niveles intermedios, pero los citados son los indispensables. De hecho dada la situación actual de organización de los países, prácticamente todos tienen un nivel que está por encima del sistema que es el que hace referencia a la organización entre varios países (por ejemplo, España-Unión Europea), aunque su responsabilidad y jurisdicción en temas de salud no está del todo consolidada⁶⁴.

Un aspecto relevante de esta estructura es la interacción que idealmente debe existir. Los flujos de información deben ser en ambas direcciones, de niveles superiores a los inferiores y viceversa. Los niveles superiores tienen además la misión de supervisar y facilitar las actividades de mejora de la calidad de los niveles inferiores.

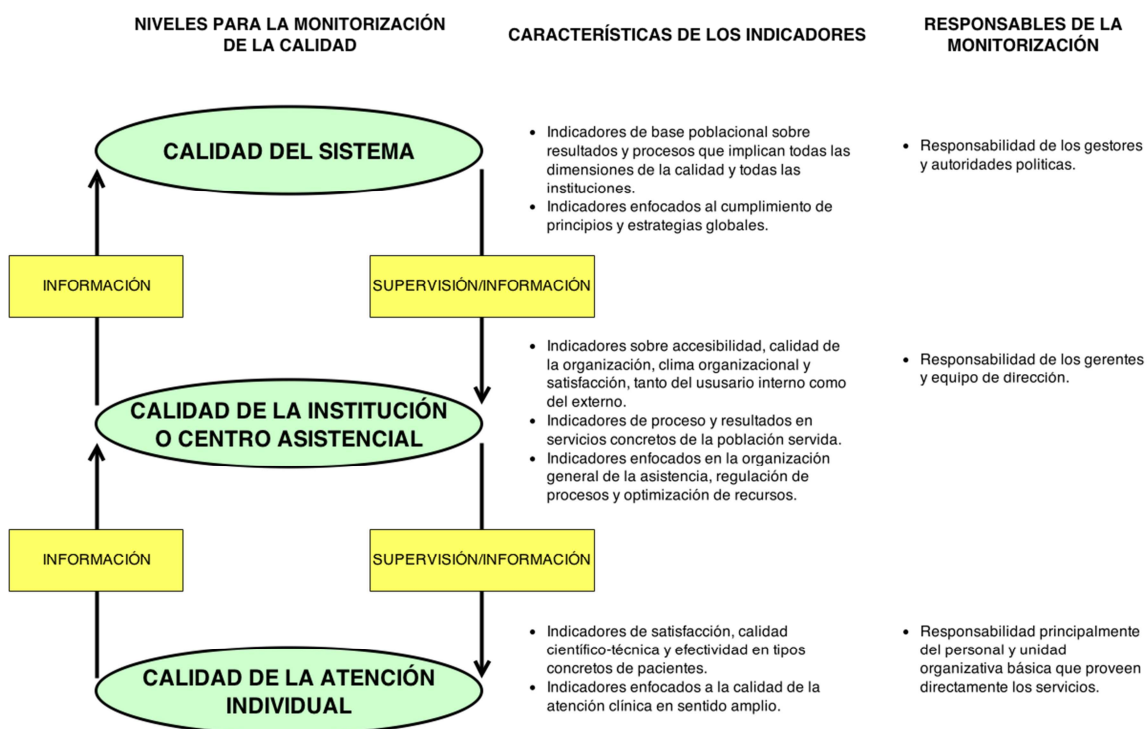


Figura 3. Marco conceptual por niveles de la monitorización de Saturno (1998).

Modificado de: Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calid Asist.* 1998;13:437-43.

1.3.6 Perspectiva

Las iniciativas de evaluación y mejora de la calidad pueden tener dos enfoques⁶⁵:

- Interno: si parten de los implicados en lo que se evalúa o mejora.
- Externo: si los impulsores de la mejora o la evaluación son externos al ámbito donde se realiza la actividad de mejora.

En el enfoque interno, la evaluación es impulsada y deseada por los propios evaluados, y estos participan de las actividades de mejora planteadas⁶⁶. El éxito de las iniciativas internas de mejora depende directamente del compromiso de los profesionales que han decidido evaluarse y mejorar. Las ventajas del enfoque interno son la implicación y responsabilidad que asumen los encargados de la mejora, la adaptación prácticamente

completa al contexto y condiciones locales. El ejercicio de compromiso interno con la calidad facilita, además, la sinergia con las iniciativas externas para el mismo fin. Entre los inconvenientes, la dedicación de tiempo y esfuerzo necesario para autoevaluarse y mejorar es una barrera que suele ser encontrada al inicio; una vez superado éste pueden aparecer otras, como son determinados conflictos de autoridad, el desarrollo de métodos con poca base científica, la falta de una referencia externa para compararse, o la falta de intervenciones y seguimiento sobre determinados problemas internos que pueden aparecer⁶⁵.

En el enfoque externo, la evaluación en sí y las normas de la evaluación o monitorización son establecidas por personas distintas de los proveedores que van a ser juzgados. En teoría se deben utilizar como elemento de valoración de la responsabilidad en cualquier nivel del sistema de salud⁶⁷. Los programas externos también permiten la comparación entre centros o unidades, y hace más difícil la ocultación de problemas y el conformismo. El principal inconveniente es que si la utilización de este enfoque se entiende como una inspección o juicio de errores, puede generar rechazo en los evaluados, dificultando el proceso de mejora, que debe ser el fin último de estas actividades⁶⁸. Los programas externos precisan también de una considerable infraestructura organizativa y, sobre todo, precisan utilizar normas, criterios e indicadores suficientemente fiables y válidos para su propósito.

Los programas externos pueden apoyar u obligar que existan programas internos, pero la mejora de la calidad exige que las iniciativas de calidad sean asumidas como un esfuerzo interno. La situación ideal parte de la existencia de ambos tipos de programa, donde los programas externos apoyan a los internos y ofrecen elementos de comparación entre instituciones de características semejantes.

1.4 Guías de práctica clínica

En el presente trabajo se incluyen dos análisis de guías de práctica clínica (GPC) referentes a enfermedades que cursan con DCNM. Estas herramientas pertenecen al ámbito del diseño de la calidad y son la expresión más alta de síntesis de evidencia⁶⁹, por debajo de los sistemas de ayuda a la toma decisiones (Figura 4. Piramide de Haynes “6S”). La definición utilizada en este trabajo para este tipo de herramientas es

la siguiente: “Un protocolo o guía para la práctica clínica es un instrumento de diseño de la calidad de la atención que explicita las normas de actuación que ayudan a profesionales y usuarios a decidir de la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en los que el protocolo sea aplicable”⁷⁰. La definición expuesta anteriormente atribuye a las GPC tres características fundamentales: es un instrumento de diseño de la calidad; facilita la toma de decisiones a profesionales y usuarios frente a problemas específicos, disminuyendo la incertidumbre y la variabilidad de la práctica clínica; y por último puede servir de guía para la evaluación de la calidad.



Figura 4. Piramide de Haynes “6S”.

Dicenso, A., Bayley, L., Haynes, R.B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs* 12, 99–101.

1.4.1 Las guías de práctica clínica como elemento de calidad.

Si situamos a las GPC en el marco de calidad propuesto, las dimensiones que principalmente abarcan las GPC son la efectividad, eficiencia y seguridad (calidad científico-técnica). Para el buen desarrollo metodológico de las guías está recomendado que los pacientes participen también en la elaboración de las GPC⁷¹

(incluyendo así la atención centrada en el paciente). Sin embargo, las dimensiones habitualmente no contempladas en el desarrollo de las GPC son la equidad^{72,73} y la accesibilidad.

Principalmente, responden a la estrategia de sistemas de información, pero pueden incluir participación del paciente (si se han incluido en el desarrollo de la GPC), ser parte de la estructuración del sistema organizacional o, como veremos más adelante, servir de base para el desarrollo de normas y estándares⁷⁴.

El nivel al que están enfocadas es principalmente el sistémico, sobre todo cuando son desarrolladas por organismos nacionales e internacionales, ya que uno de los principales objetivos de las GPCs es estandarizar la práctica clínica+. Pero pueden servir a nivel hospitalario con propósito similar, o a nivel de unidad/profesional para acceder a la información más actualizada, utilizados tradicionalmente bajo el sinónimo de “protocolo clínico”. En cuanto al enfoque que adquieren, depende de si la guía es desarrollada desde fuera del ámbito de aplicación. Por ejemplo existen agencias encargadas del desarrollo de GPC en exclusiva (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)- <https://www.nice.org.uk/>; Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) - <https://www.icsi.org/>), pero también pueden tener un enfoque interno si quien la desarrolla son los propios profesionales que van a hacer uso de la misma.

1.4.2 Calidad metodológica de las guías

El desarrollo correcto de las GPCs ha sido un tema de relevancia en las últimas décadas⁷⁴, ya que al ser un instrumento que facilita el acceso de un gran número de profesionales a grandes volúmenes de información, hace aumentar de forma drástica la posibilidad de que los sesgos de una guía mal desarrollada se traduzcan en errores en la práctica clínica. Es necesario, entonces, disponer de guías metodológicas que sirvan de modelo para incurrir en los menores sesgos posibles en su elaboración. A continuación (Tabla 2. Elementos del desarrollo metodológico de una Guía de práctica clínica.) mostramos los elementos metodológicos necesarios para el desarrollo de una GPC considerados por Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)⁷⁵, principales promotores del correcto desarrollo de guías de práctica clínica. Muchos de los

elementos señalados están recogidos en por otros grupos de desarrollo de GPC reconocidos a nivel internacional, como son Guidelines International Network (GIN)⁷⁶, NICE⁷⁷, GuiaSalud⁷⁸, y en el informe del IOM “Clinical practice guidelines we can trust”⁷⁴.

Tabla 2. Elementos del desarrollo metodológico de una Guía de práctica clínica.

Elemento	Descripción
General	
Financiación	Se debe documentar la financiación (en caso de existir) para el desarrollo de la guía.
Conflictos de interés	Todos los participantes en el desarrollo de la guía deben declarar cualquier posible conflicto de interés que pueda influir en el contenido de la guía.
Grupo de desarrollo de la guía	
Composición	Los grupos de desarrollo de las GPC no sólo deben estar formados por un equipo multidisciplinar de profesionales expertos en el tema a tratar, sino que debe hacer partícipes a los pacientes, sus cuidadores y las organizaciones ciudadanas. El grupo debe cumplir con los siguientes requisitos: • Multidisciplinar, representando a todas las especialidades que atienden el problema de salud seleccionado. Incluye a las especialidades médicas y a los profesionales de otras áreas que puedan estar involucrados (trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta,...) • Con participantes de todos los niveles asistenciales, e incluyendo a los académicos e investigadores. • Con representación geográfica suficiente para cubrir las diferencias que puedan existir en la atención entre diferentes lugares.
Responsabilidades	Existen diferentes responsabilidades en cuanto al rol que asume cada persona en el desarrollo de la guía. Principalmente podemos distinguir: • Personal Directivo: encargado del buen funcionamiento del proceso de desarrollo y de la consecución de objetivos. Debe manejar tanto contactos como negociaciones para el correcto desarrollo de la guía. • Equipo de Metodología: encargado de que la metodología de desarrollo siga los pasos correctos y se produzcan los menos sesgos posibles. • Equipo de desarrollo: incluye a los clínicos expertos en el tema de la guía y a todos los otros profesionales relevantes. Son los encargados de desarrollar la guía en sí. Traduciendo los hallazgos de la evidencia en recomendaciones y ofreciendo planes de implementación de las actividades. • Pacientes y cuidadores: aportan sus necesidades, expectativas y opiniones respecto a cómo debe ser la atención recibida, para que sean tomadas en cuenta en la guía.
Selección del tema de la guía	

Proceso de selección del tema	Las guías deben abordar un problema específico de salud sobre el que haya una posibilidad de actuación y el cambio sea deseable. Debe existir el potencial para mejorar la atención de ese problema de salud. Se pueden tener en cuenta también situaciones como: disponibilidad de evidencia, áreas de atención con alta variabilidad clínica, enfermedades prevalentes, necesidades de usuarios del sistema de salud.
Actualización de guías existentes	Las guías publicadas deben ser consideradas válidas por tres años. El resultado de la revisión puede ser: • Se revalidará otro año. • Se realizará una revisión parcial (cambios menores). • Se realizará una revisión completa (cambios mayores). • Se retirará.
Retiro de guías	Las razones por las que se deben retirar las guías son: • Existencia de otra guía más reciente, o más exhaustiva. • Evidencia de que la guía ha sido totalmente adaptada por el sistema de salud y es parte de la práctica habitual. • Aparición de nueva evidencia que invalida las recomendaciones de la guía.
Revisión de la literatura	
Localizar problemas de los pacientes en la literatura	Incorporar la perspectiva de los pacientes desde el comienzo del desarrollo de la guía es esencial. En la búsqueda de literatura se debe revisar si existen estudios sobre las necesidades y expectativas de los pacientes sobre el tema seleccionado.
Uso de guías existentes	Se deben tener en cuenta las guías existentes sobre la temática a abordar (siempre teniendo en cuenta su calidad metodológica). Pueden aportar parte de la información sobre el tema, se puede aprovechar la búsqueda ya realizada previamente o se pueden referenciar si son guías que abordan un área muy específica o especializada dentro del problema que estamos abordando.
Definir las preguntas clave	Se deben definir las preguntas que quiere responder la guía atendiendo al formato PICO (Paciente o población, Intervención, Comparación y Resultados).
Identificar y seleccionar la evidencia	La búsqueda de literatura debe estar orientada a las preguntas planteadas. Debe incluir una serie de fuentes mínimas • Cochrane, Medline, NHS Economics Evaluation Database, OMS International Clinical Trials Registry Platform, and sitios de internet relevantes en el área de estudio –como asociaciones de pacientes–. • Para cuestiones de fármacos: Scottish Medicines Consortium advice, NICE multiple Technology Assessments, Toxbase, US Food and Drug Administration (FDA) Register. • CINAHL o Psichinfo deben ser utilizadas cuando las preguntas aborden temas que puedan estar incluidos en las mismas (enfermería y psicología)
Evaluar calidad metodológica de la literatura	Se debe realizar una evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados en último término. La evaluación se realiza a través de instrumentos diferentes para cada tipo de estudio. Por ejemplo la herramienta AMSTAR ⁷⁹ para revisiones sistemáticas o las numerosas existentes para el análisis de ensayos clínicos aleatorios (ECAs) ⁸⁰ .
Valorar la evidencia disponible	

Uso de la evidencia	La evidencia encontrada en las revisiones debe ser presentada al grupo desarrollador de las recomendaciones de forma que pueda ser utilizada para formular recomendaciones. Como mínimo se debe considerar los tipos de estudios disponibles para cada pregunta, la calidad metodológica de los mismos, la similitud de los elementos PICO de los estudios con los propuestos para la pregunta de investigación.
Considerar la calidad de la evidencia	Las recomendaciones de la guía deben estar determinadas por la evidencia disponible y su calidad metodológica, definiendo por tanto su nivel de evidencia y fuerza de recomendación.
Construir recomendaciones	
De la evidencia a la recomendación	Para trasladar la evidencia a recomendaciones se pueden utilizar herramientas como la herramienta Evidence to Decision (EtD) ⁸¹. Si se utiliza otro método, la cuestión relevante en este punto es la transparencia y la ausencia de sesgos en la traslación de información. Principalmente se deben tener en cuenta los siguientes elementos: • La prioridad de la pregunta a contestar. Si el cambio en las intervenciones va a tener un impacto final en el paciente. • Diferencia entre las diferentes opciones. • Balance de beneficios y riesgos. • Opinión de los pacientes respecto a los diferentes posibles resultados de una intervención (mejora del dolor, movilidad, calidad de vida,...). • Equidad. • Coste y beneficio
Construcción de recomendaciones	Las recomendaciones deben ser construidas teniendo en cuenta los puntos anteriores deben dar lugar a una de las siguientes conclusiones: • Los efectos adversos claramente sobrepasan los beneficios. • Los efectos adversos probablemente sobrepasan los beneficios. • Los efectos adversos y los beneficios están equilibrados. (indica necesidad de investigación y posible utilización en casos muy seleccionados). • Los beneficios posiblemente sobrepasan los riesgos. • Los beneficios sobrepasan claramente los riesgos. La conclusión alcanzada debe ir acompañada de una justificación.
Buenas prácticas y recomendaciones de consenso	Existe la posibilidad de incluir advertencias o consejos de manejo, que pueden no estar soportados por la evidencia pero son esenciales para la práctica y están ampliamente aceptados. Las recomendaciones de consenso deben estar soportadas por la metodología correcta y preferiblemente contar con opinión del fuera del grupo de trabajo.
Recomendaciones clave	Las recomendaciones más importantes y relevantes para la atención se deben suministrar de manera separada y clara para que puedan ser consultadas por los profesionales.
Consulta y revisión por pares	
Revisión por pares	La versión final de la guía debe ser revisada por evaluadores independientes al desarrollo de la guía. Los indicadores pueden (preferiblemente deben) ser profesionales en el tema y representantes de pacientes.
Presentación y publicación	

Presentación	La guía debe tener una redacción lo suficientemente clara para no dejar lugar a dudas o interpretaciones. También es aconsejable claridad en estructura, definiciones y lenguaje presentados.
Contenido	El contenido mínimo que debe abordar una guía es el siguiente: • Introducción • Evidencia y recomendaciones: que incluya desde la pregunta planteada hasta las recomendaciones emitidas y su justificación. • Recomendaciones clave. • Información para los pacientes. • Herramientas para la implementación • Desarrollo de la guía: incluyendo preguntas, búsqueda, niveles de evidencia y recomendaciones. • Recomendaciones para la investigación.
Publicación	La publicación de la guía debe ir acompañada del material complementario necesario: estrategias de búsquedas completas, tablas de evidencia encontrada, guía de referencia rápida, versión para los pacientes, etc.
Implementación	
Trasladar las guías a la práctica	La rigurosidad metodológica de la guía es tan importante como los esfuerzos por implementar los resultados para que el trabajo realizado tenga impacto en la práctica. No existen claros métodos para facilitar esta transición. A pesar de que el éxito de la implantación de la guía es dependiente del contexto, se pueden definir una serie de estrategias básicas de implantación: • Mejora de procesos. • Aumento del conocimiento y concienciación. • Redes de apoyo • Herramientas de apoyo a la implementación. A título personal se propone la utilización de herramientas de gestión de calidad y el abanico de estrategias disponibles para implantar programas de calidad.
Diseminación	La difusión de la guía es una de las prácticas para asegurar su implementación. Por supuesto el acceso gratuito es uno de los requisitos principales. La indexación en bases de datos de GPCs y la difusión por vías internas de los sistemas de salud son métodos ampliamente utilizados.

Identificación de barreras para la implantación	Las dos principales barreras presentes en la implantación son las internas y externas. La disminución de las barreras internas se pretende conseguir a través del desarrollo metodológico correcto propuesto en esta tabla. Las principales barreras externas son: • Factores estructurales (como limitaciones de presupuesto o espacio). • Factores organizacionales. • Grupos de presión (en contra de la recomendación de la guía). • Factores individuales (como conocimientos o actitudes). • Preferencias y percepción del paciente (tiene posible solución si se tiene en cuenta a los pacientes en el desarrollo de la guía). • Atención a poblaciones desfavorecidas (donde los resultados de las intervenciones se ven mermados por condiciones desfavorables de salud, sociales y económicas).
Participación de pacientes	
Participación de pacientes en el desarrollo de la guía	Como ya se ha indicado previamente, la participación es de los pacientes es esencial para el correcto desarrollo de la guía. Hay una serie de fases clave para esta participación: • Prior a la búsqueda se debe consultar a los pacientes cuales son las áreas que creen debe abordar la guía. Se debe tener en cuenta esta opinión en la formulación de las preguntas a contestar. • En la búsqueda se deben localizar artículos que expongan necesidades, expectativas y experiencias de los pacientes. Esta información se debe tomar en cuenta para la formulación de las recomendaciones. Esta información se puede conseguir a través de grupos focales o entrevistas en caso de no existir ninguna publicación. • Por último la versión final de las recomendaciones pueden ser presentadas a los pacientes para que expresen su opinión.
Reclutamiento de pacientes para los grupos de desarrollo de la guía	Los pacientes participan directamente en el desarrollo de la guía de dos formas posibles. A través de un representante, normalmente perteneciente a asociaciones de pacientes o similares. O a través de grupos focales o entrevistas. La participación indirecta es a través de la búsqueda de estudios que expongan las expectativas y necesidades.
Rol de los representantes de los pacientes en los grupos de desarrollo de la guía	El rol del representante de los pacientes y cuidadores debe ser el de asegurar que las expectativas y necesidades de estos están en conocimiento del grupo desarrollador de la guía. Incluyendo por ejemplo: traslado de expectativas y necesidades a las preguntas de investigación, identificación de los resultados más relevantes para el paciente, que se tenga en cuenta la información ofrecida por los pacientes en la creación de recomendaciones, ayudar a identificar fuentes de información para la búsqueda de evidencia relativa a los pacientes, ayuda a la identificación de organizaciones y asociaciones de pacientes, apoyar en el desarrollo de información orientada al paciente, etc.

Los elementos mostrados anteriormente delimitan las características que tiene que tener una guía para que realmente sea de utilidad en la práctica y sea fiel al conocimiento y necesidades del momento. Paralelamente se ha desarrollado la herramienta AGREE-II⁸² que trata de evaluar elementos de calidad metodológica que abordan varios de los puntos citados anteriormente. Aunque el instrumento AGREE-II presenta ciertas limitaciones⁸³ es el más reconocido y aceptado a nivel mundial. Los dominios que evalúa el instrumento AGREE II pueden resumirse en los siguientes puntos:

Dominio 1-Alcance y objetivos :

- o **Ítem 1.** El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
- o **Ítem 2.** El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
- o **Ítem 3.** La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

Dominio 2-Participación de los implicados:

- o **Ítem 4.** El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
- o **Ítem 5.** Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).
- o **Ítem 6.** Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Dominio 3-Rigor en la elaboración:

Es una de las áreas más importante y garante de la calidad de su elaboración.

- o **Ítem 7.** Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
- o **Ítem 8.** Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
- o **Ítem 9.** Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.

- o **Ítem 10.** Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
- o **Ítem 11.** Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
- o **Ítem 12.** Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
- o **Ítem 13.** La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.
- o **Ítem 14.** Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Dominio 4-Claridad y presentación:

- o **Ítem 15.** Las recomendaciones son específicas y no ambiguas.
- o **Ítem 16.** Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presenta claramente.
- o **Ítem 17.** Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

Dominio 5-Applicabilidad:

- o **Ítem 18.** La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.
- o **Ítem 19.** La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.
- o **Ítem 20.** Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.
- o **Ítem 21.** La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria.

Dominio 6-Independencia editorial:

- o **Ítem 22.** Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.
- o **Ítem 23.** Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.

1.4.3 Guías de práctica clínica en Dolor Crónico No maligno

La Organización Mundial de la Salud alertó en 2007⁸⁴ de la necesidad de desarrollar guías de práctica clínica para abordar de forma correcta el problema del dolor. Varias iniciativas han tenido lugar desde entonces⁸⁵⁻⁸⁷. El manejo del dolor expuesto en las GPC referentes al DCNM es dependiente principalmente de la afección que lo está

provocando, por lo que es difícil establecer recomendaciones que sean válidas para el dolor crónico en general. Aun así, podemos encontrar puntos en común en el tratamiento del dolor crónico, como por ejemplo: valoración clínica integral orientada al dolor, medición rutinaria del dolor para poder ajustar la terapia a la intensidad del mismo y abordaje multimodal y multidisciplinar del dolor.

Pese a la oferta que existe de GPCs, los profesionales encuentran dificultades en incorporarlas a su práctica⁸⁸. Un claro reflejo es que la atención ofrecida en el tratamiento del DCNM es, como poco, deficitaria¹. Esto justifica la necesidad de planificar como se incluye la evidencia (y su actualización) en la práctica clínica y, por otro lado, de establecer sistemas de monitorización de la calidad que permitan identificar oportunidades de mejora.

1.5 Indicadores de calidad

Una de las bases de la mejora consiste en poder medir lo que se está haciendo. Gordon y Dahl⁸⁹ afirmaban al respecto la necesidad de desarrollar medidas de calidad definidas específicamente para el dolor. Actualmente las medidas de calidad más difundidas son los indicadores de calidad, cuyas dos funciones esenciales son evaluar y monitorizar la calidad, y por lo tanto servir de punto de partida para establecer iniciativas de mejora^{90,91}.

Podemos definir los indicadores de calidad como: " herramientas de medición usadas para monitorizar, evaluar y mejorar la calidad de la atención, de la organización y de los servicios que afectan a los resultados del paciente"⁹².

Se pueden describir tres situaciones básicas en las que se mide la calidad en nuestro marco conceptual (Tabla 3.).

Tabla 3. Situaciones básicas de evaluación la calidad.

Situación	Objetivos	Métodos
Evaluación inicial en ciclos de mejora o análisis de situación.	Estimación del nivel de cumplimiento de los criterios o requisitos de calidad	Estadística descriptiva (proporciones, porcentajes, medias y sus intervalos de confianza).
Reevaluación tras intervenir	Comparar con la situación inicial. Comprobar si se ha mejorado después de la	Comparar proporciones o medias de las dos evaluaciones (comprobando

	intervención.	significación estadística de la diferencia).
Monitorización. Medidas repetidas planificadas para comprobar el mantenimiento de los niveles de calidad.	Comprobar si estamos o no a unos niveles de referencia previamente establecidos.	Estimaciones sucesivas del nivel de cumplimiento. Decisión con base probabilística sin estimar el nivel real de cumplimiento (aceptación o rechazo de estándares).

En la actualidad existen numerosos tipos de indicador, que por lo general pueden ser clasificados según al análisis de los datos realizado ⁹² (Tabla 4. Tipo de indicador en función del análisis de los datos) o en base al tipo de datos evaluados ^{91,93,94} (Tabla 5. Tipo de indicador en función del tipo de dato como medida de calidad).

Tabla 4. Tipo de indicador en función del análisis de los datos

Tipo	Concepto	Ejemplos
Centinel	- Un solo caso denota problema. - Medición con sistema de vigilancia.	- Mortalidad materna - Casos de polio
Número absoluto	- Nº de eventos que se miden por unidad de estudio. - No tienen denominador.	- Nº de intervenciones por semana - Tiempo puerta-aguja en infarto agudo de miocardio
Proporción y porcentaje	El numerador mide la ocurrencia del indicador en un grupo de casos que es el denominador.	% de pacientes hipertensos controlados % de pacientes que esperan <30' para ser vistos
Tasa	Proporción o porcentaje por unidad de tiempo.	- Tasa anual de complicaciones - Tasa de cobertura
Media	Promedio de una serie de mediciones de una variable cuantitativa.	- Media de tiempo de espera antes de ser visto en consulta - Estancia media
Ratio o razón	- Cociente entre dos variables o media de medición en cada caso de múltiples variables cualitativas simultáneamente. - El numerador no está incluido en el denominador.	- Nº de defectos por documento interconsulta - Nº de factores de riesgo cardiovascular indagados por paciente
Compuesto o índice (index)	Resumen o agrupación de varios indicadores específicos.	- Cobertura de screening de cáncer - Tasa de problemas de calidad percibida

Fuente: Saturno, P. J. (2008). *Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. En: Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia.*

Tabla 5. Tipo de indicador en función del tipo de dato como medida de calidad

Tipo	Concepto	Ejemplos
Estructura	• Evalúa características físicas y organizacionales del contexto donde se realiza la atención.	- Número de médicos por 100.000 habitantes - Existencia de protocolo para prevenir etiquetado erróneo de Radiografía
Proceso	• Evalúa lo que se hace al dar y recibir la atención.	- Nº de intervenciones por semana - % de pacientes con infarto de miocardio que reciben trombolíticos
Resultado	• Evalúa los efectos de la atención en el paciente y la población.	- % de pacientes hipertensos controlados - Tasa de mortalidad peri-operatoria

El desarrollo de indicadores de calidad debe ser un proceso estructurado que debe cumplir con una serie de atributos para que los indicadores puedan servir al propósito para el que se están creando. Nosotros hemos considerado cuatro: factibilidad, validez, fiabilidad y utilidad^{95,96}.

1.5.1 Factibilidad de un indicador de calidad

Previo a las tres características que se considera tradicionalmente en los indicadores (validez, fiabilidad y utilidad) debemos reflexionar sobre la posibilidad de utilizar el indicador. La factibilidad es la facilidad con la que el indicador es medido⁹⁷ y, por lo tanto, la disponibilidad de acceder y recoger los datos necesarios para esta evaluación⁹⁸. Es de vital importancia por tanto que un indicador sea factible, pues determina si va a ser posible usarlo en la práctica. La facilidad de medición es, dada la creciente cantidad de indicadores disponibles y el costo de recursos (entre ellos, el tiempo), muy deseable⁹⁷.

Sin duda, el diseño de los indicadores debe tener en cuenta esta característica, planificando el tipo de datos, el método de recolección de los mismos y las fuentes de los que se extraen. No olvidemos que si los indicadores que queremos utilizar son para mejora interna de la calidad, y no para realizar comparaciones externas, también existe la posibilidad de adaptar a nuestro contexto indicadores existentes.

1.5.2 Validez de un indicador de calidad

La validez del indicador hace referencia a que sirva para medir lo que pretende medir. Por tanto la validez que vamos a analizar es la del indicador como medida de calidad. Los elementos que la constituyen son la validez facial, la validez de contenido y la validez de criterio⁶³.

- La *validez facial*, lógica o aparente es la que se refiere a la relevancia obvia del indicador. Hace referencia a que el criterio sea relevante para el problema a evaluar desde el punto de vista lógico. En principio la validez facial no es garantía de validez, pero es de utilidad durante la construcción y priorización de indicadores.
- La *validez de contenido* se refiere a que el indicador mida el concepto que se quiere medir. Es, en el caso de los indicadores de calidad, su relación con una de las dimensiones (o varias) de la calidad; y se debe relacionar con las expectativas y necesidades del usuario. Este tipo de validez resulta de utilidad para seleccionar claramente los indicadores relacionados con los aspectos de la calidad que pretendemos medir.
- La *validez de criterio* es el grado en que la variable escogida se correlaciona con un criterio de referencia objetivo, fiable y que esté ampliamente aceptado como una buena medida del fenómeno de interés⁹⁴. En nuestro caso sería:
 - La relación probada con un mejor resultado, si es un criterio de proceso. La influencia del proceso en el resultado de manera causal se puede justificar basando el indicador en la mejor evidencia disponible en relación a ese proceso^{91,99}.
 - La relación con diferencias en el proceso si es un criterio de resultado. Haciendo referencia a que si se actúa de forma diferente en el proceso esto influye en el resultado¹⁰⁰. Se necesita establecer la relación del proceso con el resultado, y ajustar los datos obtenidos en el indicador por las variables que puedan influir para asegurarnos de su validez^{101,102}.
 - La relación con la factibilidad del proceso, si es un criterio de estructura. El criterio de estructura debe ser requisito para que la actividad que se

mide se lleve a cabo¹⁰³, pero siempre debemos tener en cuenta que la presencia de un criterio de estructura no garantiza que se dé la calidad⁹⁹.

En ausencia de una medida de referencia, valorar la validez es un tema complejo. La forma de realizarlo es evaluando la evidencia científica que justifica los criterios. Lo ideal es que se describa el método empleado para la revisión de las evidencias científicas en las que se fundamenta; y que consten las fuentes de información utilizadas. Para evaluar el nivel de evidencia científica se han desarrollado diferentes sistemas de graduación que se basan generalmente en el tipo y calidad de los estudios de los que se derivan las recomendaciones clínicas o decisiones más adecuadas en los distintos pasos del proceso asistencial analizado.

1.5.3 Fiabilidad de un indicador de calidad

La fiabilidad está definida como el grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos y situaciones cuando un indicador es usado por observadores diferentes⁶³. Una buena fiabilidad determina que con un mismo indicador, midiendo el mismo caso, dos evaluadores independientes deberían de obtener el mismo resultado. La fiabilidad es requisito indispensable de la validez a su vez, porque permite asegurar que estamos midiendo de forma consistente.

Para asegurar la fiabilidad es necesario definir de forma concreta y precisa los indicadores. Un pilotaje de estos indicadores, junto con el posterior análisis estadístico¹⁰⁴⁻¹⁰⁶, se entiende actualmente como requisito indispensable para la utilización de los mismos como herramientas válidas de la medición de la calidad.

1.5.4 Utilidad de un indicador de calidad

La utilidad de un indicador de calidad se traduce en que del mismo sea posible extraer resultados que nos permitan tomar decisiones sobre la necesidad de iniciar ciclos de mejora (en caso de la monitorización) o conocer el nivel de calidad alcanzado (en el caso de la evaluación)⁹⁶. Es dependiente por tanto del propósito para el que los indicadores han sido creados¹⁰¹. De nuevo debemos hacer una distinción de la utilidad según el tipo de indicador.

- Utilidad de los Indicadores de estructura: la esencia de medir la estructura radica que es condición necesaria para que se dé la calidad. Si la estructura no existe, sabemos que la calidad no es buena, ya que no se pueden dar los procesos adecuados para la atención de calidad; por ejemplo si necesitamos el resultado de un análisis de sangre para diagnosticar una determinada enfermedad y no tenemos acceso a un laboratorio, sabemos que la calidad de la atención brindada a las personas con esa enfermedad va a ser limitada.
- Utilidad de los indicadores de proceso: los indicadores de proceso nos indican directamente que parte de la atención está fallando. Por lo tanto son más útiles a la hora de comenzar ciclos de mejora. En general son más fáciles de interpretar (debido a que necesitan de poco o ningún método de ajuste¹⁰⁷) y son más sensibles a los cambios^{100,108}. En contrapartida la visión que ofrecen es parcial, solo reflejan una parte del proceso asistencial¹⁰¹.
- Utilidad de los indicadores de resultado: los indicadores de resultado en cambio sí nos ofrecen una visión global del estado de la calidad, pero es aquí donde radica también su inconveniente, dado que hay numerosas variables de confusión que pueden afectar al resultado⁹¹. Es necesario por lo tanto ajustar estos indicadores por los factores que más pueden influir para asegurar que lo que medimos es la calidad de la atención^{91,102}.

Idealmente un set de indicadores debería de contener indicadores de varios tipos que permitan complementar los distintos tipos de información^{93,96}. En la primera parte del presente trabajo presentamos un set de indicadores orientados a medir las buenas prácticas en el manejo del DCNM, por lo que en este caso el propósito de los indicadores está enfocado a la evaluación de los procesos.

1.5.5 Desarrollo de un set de indicadores

La actualidad de la gestión de calidad nos deja numerosos ejemplos de marcos conceptuales para clasificar, seleccionar o desarrollar indicadores^{101,109-126}. De igual manera existen diferentes métodos propuestos para el desarrollo de indicadores^{103,114,127-131}, pero la realidad es que no existe consenso sobre el mejor abordaje metodológico¹²⁹.

Varios autores han considerado el desarrollo de indicadores a partir de GPCs como un método adecuado y eficiente^{132,133}. Los indicadores desarrollados a partir de GPCs nos permiten tener una visión amplia de los procesos que deben de realizarse para el correcto manejo de una determinada afección, ya que las buenas prácticas recomendadas y las malas prácticas a evitar según la evidencia están descritas claramente en dichas GPCs. Este método tiene la limitación de que puede obviar áreas que no hayan sido contempladas en las GPCs¹²⁷, por lo que valorar la calidad del desarrollo de las mismas es fundamental.

Esencialmente la construcción de un set de indicadores debe tener en cuenta todos los atributos mencionados previamente (factibilidad, fiabilidad, validez y utilidad) independientemente de su origen. Además, debe estar basado en un marco conceptual; en nuestro caso se utilizó el propuesto por Saturno⁶³. Es importante que este proceso de desarrollo sea estructurado y quede documentado. El último paso a tomar es pilotar el test con el objetivo de confirmar que este posee los atributos propuestos.

1.6 Objetivos

Objetivos Primarios

1. Identificar y definir las buenas prácticas para el manejo del dolor crónico no maligno
2. Identificar y adaptar los indicadores existentes que evalúen dichas buenas prácticas.
3. Desarrollar nuevos indicadores para las buenas prácticas para las que no se hayan identificado indicadores existentes.
4. Pilotar el set completo de indicadores, con el fin de probar su factibilidad, fiabilidad y capacidad para identificar oportunidades de mejora en la calidad.
5. Identificar, analizar y resumir de forma clara y explícita las recomendaciones que formulan las guías de práctica clínica en cuanto al tratamiento del dolor

lumbar crónico, para exponer de forma resumida y clara las recomendaciones para el abordaje del dolor lumbar crónico.

6. Identificar, analizar y resumir de forma clara y explícita las recomendaciones que formulan las guías de práctica clínica en cuanto al tratamiento de la fibromialgia, para exponer de forma resumida y clara las recomendaciones para el abordaje de la fibromialgia

Objetivos Secundarios

1. Describir la situación del manejo del dolor crónico no maligno en el entorno evaluado.
2. Valorar el interés de los indicadores adaptados y contruidos por expertos de diferentes comunidades autónomas.

1.7 Hipótesis

1. La construcción de indicadores a partir de guías de práctica clínica para medir la implantación de las buenas prácticas en los centros asistenciales es un proceso factible y válido.
2. El uso de indicadores de calidad es útil para identificar oportunidades de mejora en los centros asistenciales.
3. El cumplimiento de las buenas prácticas del manejo del dolor crónico no maligno va a ser deficiente en los centros evaluados.
4. Los indicadores van a tener un interés alto para los profesionales ya que abarcan un gran espectro dentro del manejo del dolor crónico no maligno.
5. Las guías de práctica clínica encontradas para la revisión coincidirán al menos en las recomendaciones principales.

6. Tanto en el abordaje de la fibromialgia como en el dolor lumbar crónico el tratamiento interdisciplinar va a ser necesario para abordar el dolor crónico no maligno.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2. MATERIAL Y MÉTODO

La presente tesis está compuesta por dos grandes bloques diferenciados. Por una parte se desarrolla la creación y pilotaje de un conjunto de indicadores orientados a medir la calidad del manejo del DCNM en el sistema de salud. Por otra parte, derivado de la revisión de literatura realizada para la creación de los indicadores se identificaron inconsistencias en la literatura respecto a las prácticas recomendadas para manejar enfermedades que cursan con dolor crónico. Se decidió por lo tanto realizar una revisión sistemática de las dos afecciones más prevalentes que cursan con DCNM: dolor lumbar crónico y fibromialgia.

La metodología se va a presentar de forma separada para los dos bloques.

2.1 creación y pilotaje de un conjunto de indicadores

2.1.1 Contexto del Estudio

Este estudio se realizó por parte del Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad en los Servicios de la Salud (Unidad Departamental de Medicina Preventiva y Salud Pública) de la Universidad de Murcia, entre los años 2010 y 2012. En el momento del pilotaje, realizado entre octubre de 2011 y enero de 2012, estaba en marcha el Plan de Salud 2010-2015 ¹³⁴.

El estudio se desarrolló en 2 hospitales y 1 centro de salud, correspondientes a las diferentes realidades asistenciales de los pacientes con DCNM. Todos presentan características diferentes, hecho que permite extrapolar información con respecto a la factibilidad, fiabilidad y cumplimiento de los indicadores.

Para el desarrollo de esta parte de la tesis se contó con la ayuda financiera y el apoyo de Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA), Fundación Grünenthal y Plataforma Sin Dolor bajo contrato con la Universidad de Murcia (proyecto "construcción, validación y medición de indicadores de buenas prácticas sobre el manejo del dolor en el sistema nacional de salud" - Proyecto de justo nº 14106).

Los centros asistenciales evaluados en nuestro proyecto son el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) y el Centro de Salud de Alcantarilla-Sangonera (CSAS).

A continuación (*Tabla 6. Características básicas de los centros evaluados.*) se detallan las características más relevantes de los tres centros:

Tabla 6. Características básicas de los centros evaluados.

Centro	Nivel de Atención	Tamaño	Población Adscrita	Tipo de Historia Clínica	Área de Salud
HCUVA	Secundaria	Grande (873 camas)	550.000	En papel ^a	I
HGURS	Secundaria	Mediano (330 camas)	202.000	Electrónica ^b	I
CSAS	Primaria con ESAD	-	20.000	Electrónica	I

a Aunque existe registro mediante la aplicación SELENE, principalmente se realiza en papel. b. A través del sistema EMD2 (Entorno médico Documental). HCUVA=Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; HGURS =Hospital General Universitario Reina Sofía; CSAS=Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera; ESAD= Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.

2.1.2. Objeto y ámbito del estudio

Para la definición de las buenas prácticas, y de un set de indicadores capaz de evaluarlas en el contexto asistencial habitual del paciente con DCNM, fueron objeto de estudio toda aquella evidencia e indicadores disponibles desde 2001 hasta enero de 2011 en las bases de datos internacionales.

Para el pilotaje de los indicadores y evaluación de la calidad asistencial son objeto de estudio los servicios y unidades que asistieron a pacientes con enfermedades y afecciones que cursan con dolor crónico.

El ámbito del estudio para la definición de las buenas prácticas en el manejo del dolor crónico y la creación de un set las evaluase comprende todo el contexto científico y gubernamental nacional e internacional.

El ámbito del estudio para el pilotaje de los indicadores y la obtención de resultados preliminares de la calidad de la atención al DCNM fueron los tres centros mencionados del Área I.

2.1.3 Desarrollo de indicadores de calidad sobre el manejo del dolor crónico no maligno

Para la construcción y validación de indicadores se consideró 5 grandes bloques de actuaciones secuenciales:

1. Acordar y adoptar una clasificación operativa de dolor crónico no maligno, y revisar y sistematizar sobre esa base la evidencia existente en relación a su valoración, tratamiento inicial, prevención y control.
2. Revisar y sistematizar la evidencia y los indicadores existentes que trasladen las recomendaciones contenidas en las Guías de Práctica Clínica y la literatura científica consultada.
3. Construir indicadores nuevos.
4. Diseñar las herramientas de medición y realizar el pilotaje de los indicadores propuestos, para elaborar la versión final de éstos, y confeccionar un manual de recomendaciones metodológicas para su medición.
5. Valoración del interés potencial de los indicadores en base a la opinión de expertos de diferentes CC.AA.

El grupo de trabajo para desarrollar los indicadores sobre DCNM estuvo compuesto por especialistas en anestesiología y dolor, enfermeras y fisioterapeutas, que además tenían formación adicional en gestión de calidad. Este grupo de trabajo participó en las tres primeras etapas, mientras que el pilotaje de los indicadores se realizó por dos observadores independientes, no implicados en el proceso de elaboración de los indicadores.

2.1.3.1 Clasificación operativa del dolor crónico no maligno

Este paso inicial es necesario para clasificar a su vez las poblaciones diana de los indicadores. Fueron consideradas y comparadas las propuestas de definición del DCNM de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *International Association for the Study of Pain* (IASP), y el *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI). De todas ellas, fue elegida la de la OMS¹³⁵ por resultar más operativa para los objetivos de

investigación en servicios de salud y, en última instancia, para la gestión de la calidad, ámbito en el que se pretende que puedan ser aplicados los indicadores a elaborar y pilotar. Así se consideran como DCNM todo dolor que perdura en el tiempo por más de tres meses de forma continuada o 6 de forma intermitente, y su origen no es oncológico o de una enfermedad que amenaza la vida del paciente. Dado que no hay ninguna clasificación administrativa en los hospitales que permita identificar a los pacientes con dolor crónico, como podría ser a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) o los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), para identificar a los pacientes con dolor crónico se determinaron las afecciones que se presentan con DCNM de manera más frecuente¹³⁶: migrañas, dolor pélvico crónico, dolor lumbar crónico, artritis reumatoide, artrosis, fibromialgia y dolor neuropático.

2.1.3.2 Revisión y sistematización de la evidencia existente

Dos miembros del grupo de investigación desarrollaron una búsqueda sistemática de la literatura relacionada con el manejo del DCNM en las bases de datos *Cochrane*, *Ovid* y *Medline* enfocada a encontrar revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica relacionadas con las diferentes afecciones seleccionadas.

Las palabras clave utilizadas fueron: “pain”, “chronic pain”, “pain clinic”, “headache”, “migraine”, “pelvic pain”, “chronic pelvic pain”, “chronic low back pain”, “unspecific low back pain”, “osteoarthritis”, “rheumatoid arthritis”, “fibromyalgia”, “neuropathic pain” y “chronic neuropathic pain”, asociadas a “assessment”, “treatment” o “outcome”; “systematic review” o “meta-analysis” o “guideline” o “clinical practice guideline” fueron utilizados para determinar el tipo de documento. Las poblaciones se limitaron a adultos “adult” y ancianos “older”. Además, se limitaron a a *título* y *resumen* cuando era posible en el buscador; debían estar publicados en los últimos 10 años (enero 2001-enero 2011); y escrito en Inglés, Francés o Español.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda de la literatura gris para guías de práctica clínica en DCNM utilizando las bases de datos y páginas institucionales: *National Guideline Clearinghouse* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ); *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN); *New Zealand Guidelines Group* (NZGG); *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE); *British Medical Journal (BMJ) Evidence*; y *GuiaSalud*.

La evidencia encontrada fue sintetizada revisando la bibliografía y extrayendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica, agrupándolas cuando había una correspondencia entre las diversas guías, y redactando un primer listado preliminar. En este listado, las recomendaciones se clasificaron, dependiendo de la afección a la que correspondían: migrañas, dolor pélvico crónico, dolor lumbar crónico, artritis reumatoide, artrosis, fibromialgia y dolor neuropático; y además se incluyeron dos apartados: buenas prácticas generales y buenas prácticas en ancianos. Se identificaron recomendaciones sobre procesos que tuvieran que ver con las prácticas recomendadas para manejar el dolor.

A este listado se añadió la evidencia extraída de las revisiones sistemáticas y meta-análisis encontrados, y según las distintas especialidades del grupo de trabajo cada miembro elaboró una redacción explícita y detallada de las recomendaciones.

Tabla 7. Sistema unificado de Gradación de la Evidencia

Evidencia		Significado
A	1	Varios ensayos controlados aleatorios con $p < 0,01$ CON meta-análisis
	2	Varios ensayos controlados aleatorios con $p < 0,01$ SIN meta-análisis
	3	Un ÚNICO ensayo controlado aleatorio con $p < 0,01$
B	1	Estudios observacionales comparativos CON diferencias estadísticas
	2	Estudios observacionales NO comparativos
	3	Reporte de casos
C	1	Un meta-análisis SIN diferencias significativas
	2	Insuficiente número de estudios para un meta-análisis, o Ensayos controlados aleatorios sin diferencias significativas, o Ensayos controlados aleatorios con resultados inconsistentes
D		No hay estudios identificados o la literatura disponible no es útil

Para establecer un nivel de evidencia (NE) y fuerza de recomendación (FR) para cada una de ellas, y debido a la variabilidad en el uso de sistemas diferentes en cada guía, se optó por utilizar un sistema propio de gradación de la evidencia (Tabla 7. Sistema unificado de Gradación de la Evidencia) y fuerza de recomendación (Tabla 8. Sistema unificado de Gradación de la Fuerza de la Recomendación) basadas en las propuestas de *U.S. Preventive Services Task Force*^{137,138}, SIGN¹³⁹ y algunas orientaciones de GRADE^{140,141}. Cada recomendación contó con un NE y FR, a partir de los cuales se consideraron prioritarias las recomendaciones con nivel de evidencia A o B1 y fuerza de recomendación A (debe hacerse) y D (no debe hacerse) para su inclusión en un

listado definitivo; en el que se rechazaron los grupos de recomendaciones con poca evidencia y no estuviesen dirigidos directamente al tratamiento del dolor, tras debate y aprobación del grupo de trabajo.

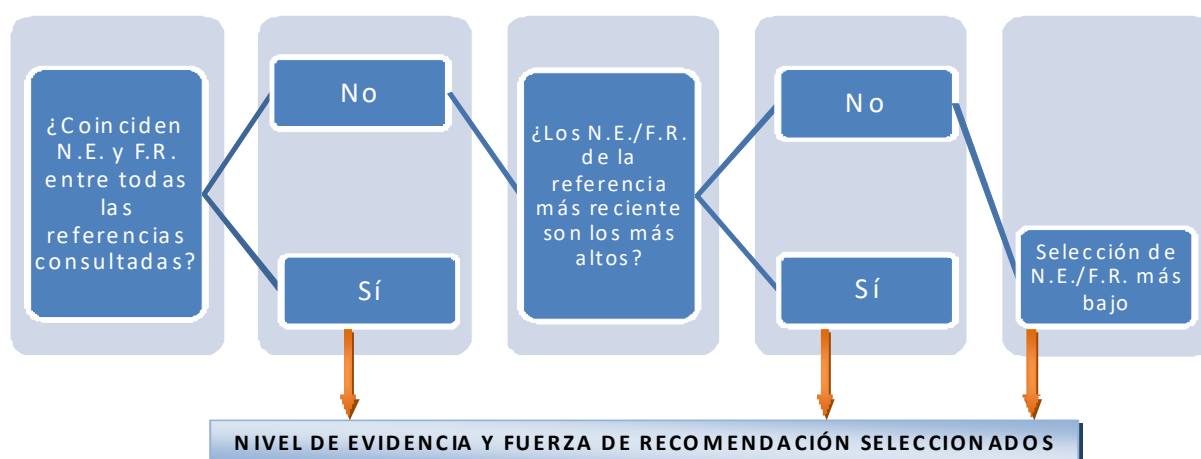
Tabla 8. Sistema unificado de Gradación de la Fuerza de la Recomendación

Fuerza de la Recomendación	Significado
TIPO A (Debe hacerse)	Se sugiere aplicar el tratamiento a los casos elegibles . El beneficio es significativamente mayor que los posibles efectos adversos.
TIPO B (Puede hacerse)	Se sugiere aplicar el tratamiento a los casos. El beneficio es mayor que los posibles efectos adversos.
TIPO C	No existe recomendación en contra del tratamiento. Los beneficios y los efectos adversos se encuentran en balance. No se recomienda en la práctica clínica diaria
TIPO D (No debe hacerse)	La recomendación es en contra del tratamiento. La evidencia sugiere que los efectos adversos superan a los beneficios
TIPO I	La evidencia es pobre o insuficiente para decantarse a favor o en contra

Para la construcción de los indicadores se utilizaron una o varias recomendaciones con nivel de evidencia Alto (A) o Moderado (B), y fuerzas de recomendación A (debe hacerse), B (puede hacerse) o D (no debe hacerse). En algún caso, se han incluido recomendaciones con un nivel de evidencia inferior, siempre que fueran acompañadas de otras con nivel de evidencia más alto para apoyar el contenido principal del indicador.

En los casos de recomendaciones con Nivel de Evidencia (NE) y Fuerza de la Recomendación (FR) discordante entre las diversas Guías de Práctica consultadas, se revisaron los artículos originales que apoyan la recomendación y se aplicó nuestra escala unificada siguiendo el algoritmo descrito en la Figura 5.

Figura 5. Algoritmo para la asignación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación



*N.E.: Nivel de evidencia. F.R.: Fuerza de recomendación.

2.1.3.3 Revisión y sistematización de los indicadores existentes.

Además de la búsqueda de literatura científica, se realizó una búsqueda de indicadores de calidad en el *National Quality Measures Clearinghouse* (NQMC) de la *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos y en artículos publicados en los últimos 10 años (enero 2001-enero 2011) con las palabras clave "Quality Indicators, Health Care" [MeSH] y una de las siguientes: "headache", "migraine", "pelvic pain", "chronic pelvic pain", "chronic low back pain", "unspecific low back pain", "osteoarthritis", "rheumatoid arthritis", "fibromyalgia", "neuropathic pain" y "chronic neuropathic pain", e indexados en Scopus, PubMed, Psycinfo, o Academic Premium. Se hizo una búsqueda adicional de literatura no indexada mediante Google Scholar, además de extraer los estudios presentes, en su caso, en las Guías de Práctica Clínica consultadas.

Los indicadores encontrados fueron sistematizados según el tipo de dolor y recomendación a que respondían, y de acuerdo con nuestra clasificación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación, para asegurarnos su validez. Aquellos no relacionados con alguna de las recomendaciones recogidas, o sin el nivel de evidencia y fuerza de recomendación exigidos, fueron descartados.

2.1.3.4 Construcción de nuevos indicadores.

Con el fin de disponer de un set completo de herramientas que pudieran servir para medir el grado de implementación de las recomendaciones de buenas prácticas

encontradas, se construyeron indicadores en relación a aquellas para las que no se encontraron indicadores. Todos se adaptaron al formato unificado que se adjunta a continuación (Figura 6. Ficha de indicador), para la discusión y valoración de todos ellos por parte del grupo de trabajo.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES	
GRUPO:	(Tipo de dolor: Agudo, Crónico Maligno, o Crónico No maligno)
AREA:	(General, o específico de una determinada patología o condición)
Sub-área	Patología o tipo de paciente
Nº	n_i (de n)
NOMBRE DEL INDICADOR	
FORMA DE MEDICIÓN	
DESCRIPCIÓN	
Numerador	
Denominador	
FUENTE DE DATOS	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	(propio o adaptado)
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
OBSERVACIONES	(Para la comprensión y/o la medición del indicador)

Figura 6. Ficha de indicador

2.1.4 Diseño del pilotaje del set de indicadores propuesto

2.1.4.1 Selección de centros

Con el objetivo de obtener datos sobre factibilidad, fiabilidad y utilidad del conjunto de indicadores y estos puedan ser utilizados en otros centros asistenciales, se eligieron los centros donde se realizó el piloto por conveniencia, para que representaran las distintas realidades asistenciales.

Se eligieron dos hospitales, uno grande (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca) y otro mediano (Hospital General Universitario Reina Sofía), así como un centro de atención primaria (Centro de Salud de Alcantarilla-Sangonera).

El contacto con los directivos de los centros se realizó desde la Universidad de Murcia y se contó con la aprobación de la administración correspondiente de los centros bajo

compromiso de confidencialidad de los observadores/evaluadores que realizaron el trabajo de campo.

2.1.4.2 Factibilidad de medición y de uso

La factibilidad de medición de los indicadores en diferentes contextos y usos asistenciales es clave para que el set represente la realidad del usuario del sistema nacional de salud.

Clasificamos los centros hospitalarios en tres tipos: a) Pequeño. De menos de 200 camas; b) Mediano. De entre 200 y 500 camas; y c) Grande. De más de 500 camas.

Adicionalmente, uno de los hospitales se seleccionó con historia clínica electrónica.

La factibilidad fue evaluada de 3 formas principales: 1) cualitativamente mediante debate a priori, durante el desarrollo de indicadores; 2) cualitativamente durante la abstracción de datos; y 3) y durante el análisis, evaluando cuántos indicadores pudieron ser medidos con los registros disponibles.

2.1.4.3. Identificación y método de muestreo de las unidades de estudio

Para identificar las unidades de estudio de los indicadores, en este caso los pacientes, se utilizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) como fuente de información disponible de la asistencia hospitalaria. En dicho registro, además de los datos administrativos del paciente, aparece un registro de los diagnósticos (principal y secundarios), además de los procedimientos y terapias a las que ha sido sometido el paciente. Estos se codifican mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión española y novena edición (CIE-9).

En el caso de atención primaria, se consiguió identificar las unidades de estudio a partir de un listado provisto mediante contacto con los servicios administrativos del Sistema Murciano de Salud, en el que se encontraban codificados los motivos de consulta (signos y síntomas), procesos de atención (procedimientos diagnósticos, terapéuticos, pruebas complementarias, procedimientos administrativos y derivaciones) y problemas de salud (enfermedades y condiciones de salud) a través de la Clasificación Internacional de Atención Primaria en su versión española y segunda edición (CIAP-2).

En ambos casos se realizó un muestreo aleatorio sistemático. Para cada indicador individual se consideraban las poblaciones específicas descritas en las fichas de cada uno de ellos.

2.1.4.4. Capacidad para identificar problemas y utilidad aplicada a la mejora de la calidad

Los indicadores propuestos de proceso se expresan como proporción de cumplimiento. Se utilizó la técnica de Lot Quality Acceptance Sampling (LQAS) para determinar si el centro asistencial cumple con la práctica recomendada. Esta técnica, útil para la monitorización y control de la calidad mediante indicadores de carácter binomial, fue promovida por la OMS para evaluaciones rápidas, pudiendo ser utilizada en estudios epidemiológicos, y que ha sido adaptada como herramienta de identificación de problemas para la gestión de calidad ^{142,143}. Para ello, se determina un estándar establecido para el cumplimiento del indicador, y se considera que existen problemas de calidad cuando no es alcanzado. Los parámetros para aceptar como “buena calidad” el cumplimiento de los indicadores en nuestro piloto se establecieron para dos situaciones diferentes: un estándar de cumplimiento del 75% (umbral de 40%) y un estándar de cumplimiento del 95% (umbral de 70%), con un error $\alpha \leq 0.05$ y un error $\beta \leq 0.10$ para ambos casos.

Definido el estándar, en nuestro caso la metodología de LQAS requiere de una muestra aleatoria de 15 pacientes o 15 historias clínicas útiles para cada indicador (tamaño de muestra). Para cumplir el estándar de 95%, debe haber un mínimo de 12 casos de cumplimiento, y para el estándar de 75%, 8 (número decisional para aceptar que se cumple el estándar). Con un resultado por debajo de estos números decisionales, se consideraría que hay un problema de calidad para cada de estándar y umbral contemplado.

Adicionalmente, se calculó la estimación de cumplimiento con un intervalo de confianza del 95%, usando la distribución binomial para cada centro, y las fórmulas de muestreo estratificado no proporcional para la estimación agregada de más de un centro (conjunto de los dos hospitales o los tres centros).

Estimación de cumplimiento con un intervalo de confianza simple:

Estimación puntual:

$$P = \frac{n_c}{n} \cdot 100$$

n_c : número de cumplimientos en la muestra

n : tamaño de la muestra

Desviación estándar de la estimación puntual simple:

$$i = z \cdot \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

Muestreo estratificado no proporcional:

Estimación puntual:

$$P = \frac{1}{N} \sum N_h \cdot P_h$$

N : Tamaño del universo de estudio

N_h : Tamaño de cada estrato.

P_h : Proporción de cumplimiento en la muestra de cada estrato

Desviación estándar del Muestreo aleatorio estratificado no proporcional:

$$i = z \cdot \sqrt{\sum W_h^2 (1 - f_h) \frac{P_h (1 - P_h)}{n_h - 1}}$$

N : tamaño de la muestra

N : tamaño del universo o marco muestral.

h : número de estratos

n_h : tamaño de la muestra en cada estrato

N_h : tamaño de cada estrato

Σ : sumatorio de todos los estratos.

P_h : proporción de cumplimientos de cada estrato

f_h : fracción de muestreo en cada estrato.

f : fracción de muestreo $f = \frac{n}{N}$

W_h : proporción de casos de cada estrato (N_h) en el total del universo muestral: $W_h = \frac{N_h}{N}$

2.1.4.5. Fiabilidad de los indicadores

Dos evaluadores independientes, que no participaron en el diseño de los indicadores, fueron reclutados para la evaluación empírica y pilotaje de los indicadores.

La fiabilidad fue comprobada mediante el cálculo del índice de kappa inter-observador^{144,145} para cada indicador de proporción en los que se utilizaban muestras de 15 casos. Para interpretar los resultados de los índices de acuerdo *kappa* se consideraron los criterios propuestos por Landis y Koch²³⁹.

2.1.5. Diseño del formato de recogida de datos

Se diseñó un formato homogéneo de recogida de datos que incluía para cada indicador de proporción medido en historias clínicas: identificador del indicador; nombre sintético del indicador; códigos eCIE-9 o CIAP-2; población a evaluar descrita en base al denominador; aspectos del manejo del DCNM a evaluar; y casillas para anotación de número de caso, número de historia, cumplimiento, observaciones, e incidencias en la recolección de datos.

La información recogida se volcó a una base de datos Excel que había sido diseñada *ad hoc* y permitía el cálculo automatizado de los índices de *kappa*, cumplimiento de estándares mediante la metodología LQAS y estimación del nivel de cumplimiento para datos agregados. Disponible en: <http://www.um.es/calidadsalud/Indicadores.html>

2.1.6 Valoración para la priorización de los indicadores por expertos de las diferentes comunidades autónomas.

Para valorar externamente la relevancia de los indicadores propuestos, y en caso necesario, seleccionar los más relevantes a medir, los indicadores fueron enviados a expertos en gestión del dolor y/o gestión de la calidad de diversas CCAA (Tabla 9. Expertos involucrados en la valoración de los indicadores para el manejo del dolor crónico no maligno por profesión, entidad y CCAA). A estos profesionales se les proveyó de un cuestionario que comprendía todos los indicadores, incluyendo los que no pudieron medirse por problemas relacionados con la factibilidad, para que fuesen valorados con arreglo a la siguiente escala:

- 1 - Sin interés
- 2 - Poco interesante
- 3 - Interesante
- 4 - Bastante interesante
- 5 - Totalmente de acuerdo con su interés

A partir de los datos recogidos en estas encuestas se ha calculado una puntuación media por cada indicador para poder clasificarlo como de interés Medio-Bajo (puntuación media inferior a 3), Alto (indicadores con una puntuación media entre 3 y 4), y Muy Alto (todos aquellos por encima de 4).

Tabla 9. Expertos involucrados en la valoración de los indicadores para el manejo del dolor crónico no maligno por profesión, entidad y CCAA

Comunidad Autónoma	Entidad	Profesión	Cargo
Andalucía	Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor (Consejería de Sanidad)	Gestor	Director
	Coordinación del Grupo Dolor (SEMG); Grupo desarrollo y coordinación PAI DCNM (Consejería de Sanidad)	Gestor	Vicesecretaria; Miembro Grupo PAI DCNM
Cantabria	Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial (Servicio Cántabro de Salud)	Gestor	Responsable de Calidad Asistencial
Cataluña	Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (Hospital Clinic); SECA	Gestor	Coordinador de Calidad; Secretario
	Ruta Asistencial del Dolor Crónico (EAP Vic)	Profesional	Co-responsable
	SARTD (Hospital Universitari de Bellvitge)	Profesional	Jefe de Sección
Extremadura	Dirección Clínica del Dolor (Sociedad Catalana del Dolor); Unidad de Anestesiología (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau)	Profesional	Consultor Senior de Anestesiología y Dolor; Directora Unidad
	Unidad del Dolor (Hospital Comarcal Don Benito-Villanueva)	Profesional	Médico
	Unidad del Dolor (Hospital Nuestra Señora de la Montaña)	Profesional	Médico
Galicia	Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial (Consellería de Sanidad)	Gestor	Subdirectora general
Madrid	Subdirección de Calidad (Consejería de Sanidad)	Gestor	Subdirector
País Vasco	Dirección Médica (Hospital Universitario Araba)	Gestor	Director Médico
Valencia	Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial (Conselleria de Sanitat)	Gestor	Jefa de Servicio

SEMG, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; PAI, Plan de Atención Integrada; DCNM, Dolor Crónico No maligno; SECA, Sociedad Española de Calidad Asistencial; EAP, Equip d'Assistència Primària; SARTD, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

Teniendo en cuenta adicionalmente los resultados del pilotaje en cuanto a la factibilidad de la medición, destacamos en cada grupo aquellos indicadores con una puntuación muy alta (>4) y de medición factible en nuestro entorno.

2.2 Análisis de guías de práctica clínica

A partir de la revisión de bibliografía por parte del grupo se identificaron inconsistencias en alguna de las recomendaciones encontradas. La diferencia entre las indicaciones del manejo del dolor encontradas en revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica, podrían a priori, atribuirse a la fecha de publicación de las mismas. Más relevante es si estas diferencias son debidas a la exhaustividad con la que se realizan dichos documentos.

Por ello, se decidió realizar una revisión sistemática de GPC de dos patologías en las que se encontraron inconsistencias y, además, son de las más frecuentes. Se detalla a continuación la metodología utilizada, por una parte, de las guías de práctica clínica referentes a Dolor Lumbar Crónico (DLC) y, por otra, a fibromialgia. Se siguió las recomendaciones del documento PRISMA¹⁴⁶ para revisiones sistemáticas, adaptado en este caso a las guías de práctica clínica.

2.2.1. Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos de PubMed, Cochrane y ScienceDirect, así como en las siguientes bases de GPC: Clinical Evidence, SIGN, NZGG, NICE, AHRQ y Guíasalud. Se utilizaron los siguientes términos:

- Para fibromialgia: “fibromyalgia” (MeSH) AND (“guideline” (MeSH) OR “clinical practice guideline”) desde enero de 2003 a Diciembre de 2014.
- Para dolor lumbar crónico: Se utilizaron los siguientes términos: (“chronic low back pain” OR “chronic pain” (MeSH) OR “low back pain”) AND (“guideline” OR “clinical practice guideline”) desde enero de 2003 a Junio de 2013.
- Para las dos situaciones se realizó una búsqueda manual de la bibliografía de los artículos más relevantes y en Google Scholar.

2.2.2 Criterios de selección

Se incluyeron las GPC que cumplieran los siguientes requisitos:

- a) dirigidas al tratamiento de la Fibromialgia o DLC;
- b) estar basadas en evidencia científica (Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis);
- c) incluir Nivel de Evidencia y Fuerza de Recomendación, además de referencias claramente identificadas mediante cualquier estilo de citación;
- d) la búsqueda de la evidencia utilizada para formular las recomendaciones de las guías debe ser sistemática;
- e) estar orientadas a población adulta o anciana;
- f) estar escritas en inglés o español.

Se evaluó la última edición disponible de las guías. Se tuvo en cuenta información complementaria de las guías. Se han excluido los protocolos de hospitales y/o servicios, por su especificidad y dificultad de adaptación en otros entornos

2.2.3. Evaluación de la calidad formal de las guías.

Se realizó una evaluación crítica de la calidad metodológica de las GPC incluidas con la herramienta AGREE II en su versión en español⁸² por dos evaluadores con experiencia previa en el uso de la herramienta. No se excluyó ninguna guía en base a la puntuación obtenida en AGREE.

2.2.4 Selección de Recomendaciones de abordaje clínico

Una vez identificadas las GPC, se analizaron sus recomendaciones y se agruparon por tipo de tratamiento. Se extrajeron sólo recomendaciones explícitas, definidas como "afirmación o enunciado fácilmente identificable que sintetizase la evidencia de las terapias de las cuales debe hacerse uso, puede hacerse uso o se aconseja sobre su uso".

- Para fibromialgia los grupos de tratamiento son los siguientes: abordaje general, farmacológico, fisioterapéutico, psicológico y terapias alternativas.
- Para DLC los grupos de tratamiento son los siguientes: manejo general, fisioterapia, farmacoterapia, terapias alternativas, psicología y procedimientos invasivos.

Se identificó el NE y FR de cada una, y se tradujeron a nuestro propio sistema unificado de gradación de la evidencia utilizado en el desarrollo de los indicadores (Tabla 7. Sistema unificado de Gradación de la Evidencia y Tabla 8. Sistema unificado de Gradación de la Fuerza de la Recomendación). Esta clasificación permite comparar NE y FR de las recomendaciones entre guías, para así analizar la variabilidad que se produce a la hora de emitir las recomendaciones

2.2.5 Propuesta de recomendaciones

Identificadas las recomendaciones más relevantes para el tratamiento de la FM a partir de la evidencia y la variabilidad entre las guías, se ha formulado una recomendación completa a partir de las propuestas en las guías más recientes. Dos colaboradores independientes revisaron la redacción final.

3. RESULTADOS

3. Resultados

3.1 Piloto de indicadores

3.1.1 Desarrollo de indicadores de calidad sobre el manejo del dolor cónico no maligno

Los pasos 1 y dos de la Figura 7. Flowchart del proceso de construcción y pilotaje de los indicadores muestran información detallada sobre la revisión y sistematización de la evidencia y los indicadores existentes.

A partir de las 100 recomendaciones identificadas y 9 indicadores adaptados se han creado un total de 46 indicadores: 6 referentes al manejo general de dolor crónico y 40 referidos al manejo específico en diferentes situaciones (Tabla 10. Indicadores de buenas prácticas para el control del dolor crónico no maligno). Las recomendaciones correspondientes a cada indicador se encuentran en 7.1 ANEXO I. INDICADORES SOBRE MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS.

Los indicadores creados se muestran en la agrupados por tipo de enfermedad además de los grupos general y de ancianos. Las fichas estandarizadas creadas para indicador se encuentran en el ANEXO II.

Figura 7. Flowchart del proceso de construcción y pilotaje de los indicadores

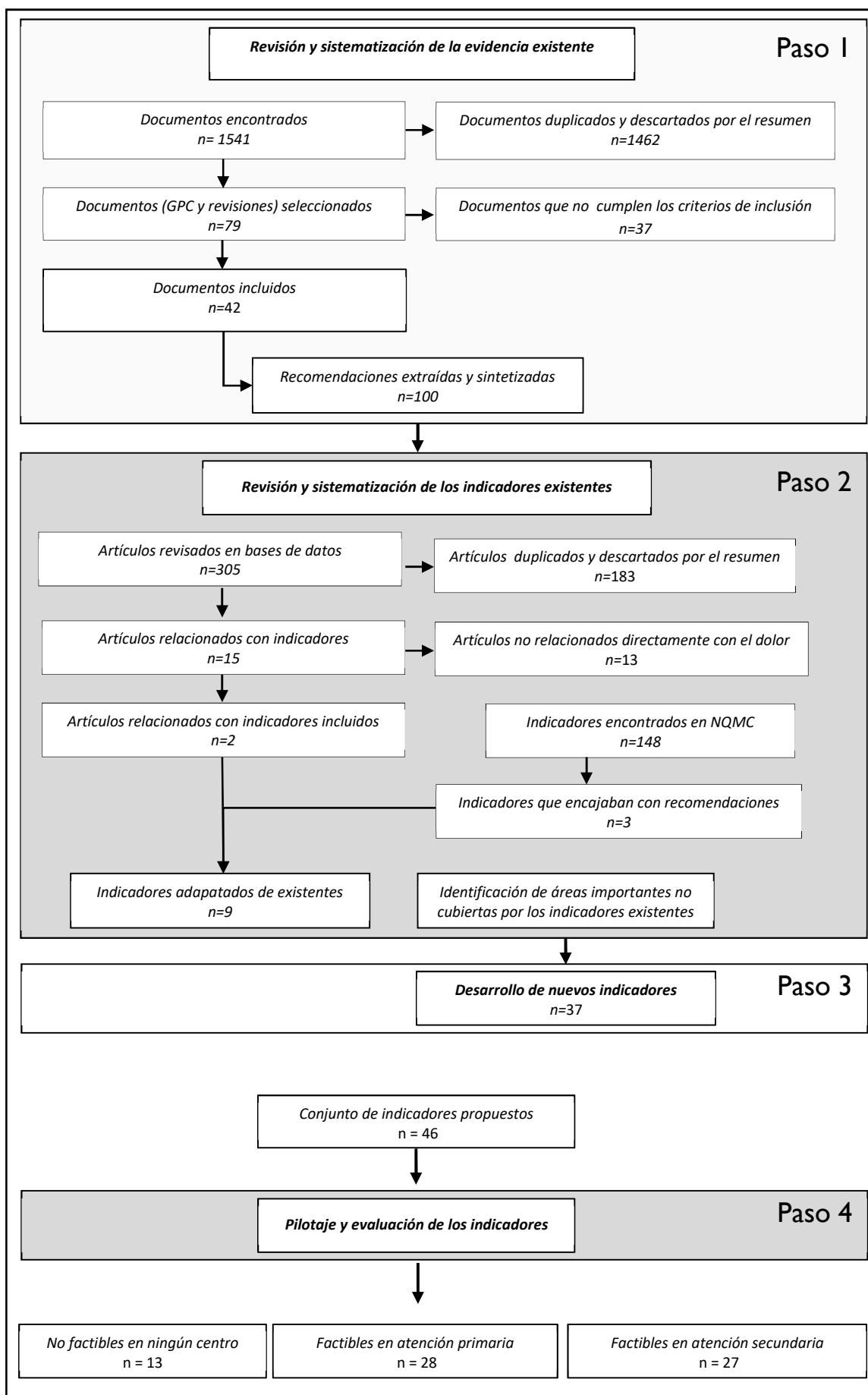


Tabla 10. Indicadores de buenas prácticas para el control del dolor crónico no maligno

A. General: 6 indicadores
• Valoración clínica: 1 indicador
• Tratamiento: 2 indicadores
• Diagnóstico invasivo: 1 indicador
• Específicos para pacientes >65 años: 2 indicadores
B. Cefaleas: 13 indicadores
• General: 1 indicador
• Migrañas (general): 5 indicadores
• Específicos para migraña menstrual: 2 indicadores
• Específico para migraña con aura: 1 indicador
• Específicos para cefalea tensional: 2 indicadores
• Específicos para cefalea en racimos: 2 indicadores
C. Dolor pélvico crónico: 3 indicadores
• General: 1 indicador
• Específico para dolor prostático crónico: 1 indicador.
• Específico para dolor vesical crónico: 1 indicador.
D. Lumbalgia inespecífica: 5 indicadores
• Educación y tratamiento no farmacológico: 3 indicadores.
• Tratamiento farmacológico: 1 indicador.
• Tratamiento quirúrgico: 1 indicador
E. Osteoartritis: 5 indicadores
• Tratamiento no farmacológico: 3 indicadores
• Tratamiento farmacológico: 2 indicadores
F. Artritis reumatoide: 5 indicadores
• Valoración: 1 indicador
• Tratamiento no farmacológico: 1 indicador
• Tratamiento farmacológico: 3 indicadores
G. Fibromialgia: 4 indicadores
• Valoración: 1 indicador.
• Tratamiento no farmacológico: 1 indicador
• Tratamiento farmacológico: 2 indicadores
H. Dolor Neuropático: 5 indicadores
• Neuropatía diabética: 1 indicador
• Neuropatía postherpética: 1 indicador.
• Neuralgia del trigémino: 1 indicador.
• Dolor neuropático post-amputación: 1 indicador.
• Dolor postquirúrgico crónico: 1 indicador
TOTAL: 46 indicadores

3.1.2. Factibilidad de la medición

Respecto al tiempo que tomó realizar el piloto del conjunto de indicadores en los distintos centros, estos fueron los siguientes:

- HGURS: 1 semana de preparación de la muestra y permisos, más 4 semanas de revisión de historias clínicas.
- HCUVA: 1 semana de preparación de la muestra, más 8 semanas de revisión de historias, que incluyeron nuevas esperas para preparar diferentes muestras.
- CSAS: se tardó un mes en disponer de la muestra y permisos, más 5 semanas de revisión de historias clínicas.

Cabe destacar la diferencia de la historia clínica electrónica respecto al papel. Una vez obtenido el acceso al entorno documental electrónico del HGURS los evaluadores no dependían del personal para acceder a las historias clínicas. En cambio en el HCUVA los tiempos se dilataron debido a que había partes de historias que no estaban, o no las podían ver los evaluadores por estar en uso. Además, se dependía del personal administrativo de documentación si había que pedir nuevas historias.

Un total de 5 de los 6 indicadores relativos al manejo del dolor general (incluyendo ancianos) fueron factibles tanto en atención primaria como en los dos hospitales. En cuanto a los grupos de condiciones la factibilidad fue variable, dependiendo de las dificultades encontradas durante la revisión de historias (7.3. ANEXO III Reportes de Factibilidad de la Valoración por centro asistencial) y la prevalencia de dicha condición en el entorno asistencial evaluado. Las principales causas de la no factibilidad fueron la dificultad para identificar casos (a través de los códigos CIE-9) y la falta de información o información errónea de la historia clínica.

Así, 4 de 5 de los indicadores referentes a dolor lumbar crónico fueron factibles en atención primaria, mientras que ninguno pudo ser medido en los hospitales. De igual manera, los indicadores relativos a dolor neuropático solo fueron factibles en el hospital (3 de los 5), no habiendo casos elegibles en el centro de salud.

En general, 26 indicadores fueron factibles en los hospitales y 28 en atención primaria. Treinta y tres del total de 46 indicadores fueron factibles en alguno de los centros evaluados. De los 13 indicadores no factibles en ningún centro, 1 fue del grupo general, 2 de dolor neuropático, 1 de artritis reumatoide, 3 de artrosis, 1 de dolor lumbar crónico, 1 de dolor pélvico crónico y 4 relativos a migrañas. Aunque algunas poblaciones como las referentes a migraña menstrual, migraña en racimo, dolor prostático crónico, dolor neuropático asociado a diabetes y dolor neuropático post-amputación no han obtenido indicadores factibles, todas las demás condiciones están representadas por indicadores factibles. En la Tabla 11. Indicadores de buenas prácticas para el control del dolor crónico no maligno con valoración no problemática y distribución por centros. se detallan los indicadores factibles por centro asistencial.

Tabla 11. Indicadores de buenas prácticas para el control del dolor crónico no maligno con valoración no problemática y distribución por centros.

Código	Nombre del Indicador	Hospital grande no informatizado HCUVA	Hospital Mediano Informatizado HGURS	Atención Primaria CSAS	En todos
A. GENERAL					
A.1. Generales	A.1.1. Valoración clínica completa orientada al dolor	✓	✓	✓	✓
	A.1.2. Tratamiento del dolor siguiendo la escala analgésica del dolor, adaptada a cada individuo.	✓	✓	✓	✓
	A.1.3. Abordaje multimodal del tratamiento del dolor crónico.	✓	✓	✓	✓
A.2 Pacientes con edad >65 años	A.2.1. Tratamiento del paciente con dolor crónico y edad > 65 años con dosis ajustadas a su edad.	✓	✓	✓	✓
	A.2.2. Tratamiento del paciente con dolor crónico y edad > 65 años con tratamiento concomitante para prevenir efectos secundarios de los analgésicos.	✓	✓	✓	✓
B. CEFALÉAS					
B.1. General.	Detección de abuso de fármacos en pacientes con cefalea de cualquier etiología.		✓	✓	
B.2. Migrañas.	Tratamiento de crisis migrañosa en función de la intensidad del dolor.		✓	✓	
	Pacientes con diagnóstico de migraña y tratamiento profiláctico adecuado.		✓	✓	
	Tratamiento no farmacológico de la migraña.		✓	✓	

	Ningún paciente con migraña debe recibir Ergotamina o Botox como tratamiento.		✓	✓	
	Uso inadecuado de pruebas de neuroimagen en pacientes con migraña.		✓		
B.4. Migraña con aura en mujeres	Mujeres en tratamiento por migraña con aura, que no están utilizando contraceptivos orales simultáneamente.			✓	
B.5. Cefalea Tensional	Pacientes con cefalea tensional que tienen analgésicos pautado para el brote agudo.		✓	✓	
	Pacientes con cefalea tensional que tienen pautado tratamiento profiláctico.		✓	✓	
C. DOLOR PÉLVICO CRÓNICO					
C.1. General	Pacientes que acuden a consulta son dolor pélvico crónico que tiene prescrito tratamiento adecuado.		✓	✓	
C.3. Dolor Vesical Crónico	Pacientes con dolor vesical crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado.			✓	
D. LUMBALGIA INESPECÍFICA					
D.1. Lumbalgia	Proporcionar educación para el retorno a la actividad normal a pacientes con lumbalgia inespecífica.			✓	
	Proporcionar tratamiento con ejercicio terapéutico a pacientes con lumbalgia inespecífica.			✓	
	Programas cognitivo-comportamental con lumbalgia inespecífica.			✓	
	Pacientes con lumbalgia inespecífica con tratamiento analgésico adecuado.			✓	
E. OSTEOARTRITIS					
E.1. Osteoartritis	Tratamiento con ejercicio terapéutico para pacientes con osteoartritis.	✓	✓	✓	✓
	Tratamiento del sobrepeso en pacientes con osteoartritis.		✓	✓	
F. ARTRITIS REUMATOIDE					
F.1. Artritis reumatoide	Valoración de la actividad de la enfermedad de pacientes con artritis reumatoide.		✓	✓	
	Programas de ejercicio de baja intensidad para pacientes con artritis reumatoide.		✓	✓	
	Tratamiento adecuado con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs) en pacientes con		✓	✓	

	artritis reumatoide.				
	Tratamiento analgésico en pacientes con artritis reumatoide.		✓	✓	
G. FIBROMIALGIA					
G.1. Fibromialgia	Valoración del impacto de la enfermedad en pacientes con fibromialgia.	✓	✓	✓	✓
	Tratamiento del ejercicio aeróbico para pacientes con fibromialgia.	✓	✓	✓	✓
	Tratamiento con antidepresivos para pacientes con fibromialgia.	✓	✓	✓	✓
	Tratamiento con Pregabalina o Cyclobenzaprina para pacientes con fibromialgia.		✓		
H.DOLOR NEUROPÁTICO					
H.2. Neuropatía postherpética.	Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía postherpética.		✓		
H.3. Neuralgia del trigémino.	Tratamiento analgésico adecuado en neuralgia del trigémino.		✓		
H.5. Dolor postquirúrgico crónico.	Tratamiento analgésico adecuado en dolor postquirúrgico crónico.		✓		

3.1.3. Fiabilidad de los indicadores

Se obtuvieron resultados de fiabilidad para todos los indicadores factibles (Tabla 12. Resultado de Kappa de los indicadores de dolor crónico no malignoLa fiabilidad fue muy buena (índices de kappa entre 0.7 y 1) en la mayoría de los 33 indicadores, incluyendo los subindicadores de los compuestos. Sólo cuatro de los indicadores han obtenido valores por debajo de 0.6, pero han estado cerca de este valor (0.56 a 0.59), obteniendo un resultado que todavía puede considerarse como fiabilidad aceptable¹⁰⁶. Se revisaron las posibles causas de porque estos cuatro indicadores habían obtenido peores resultados, y se realizaron mejoras tanto en la redacción como en la hoja de recolección de datos de los mismos.

En los casos en los que se ha usado el índice de concordancia simple, vemos que todos han superado el 95%, excepto el indicador relativo a pérdida de peso en osteoartritis (87,7%). La causa principal de posible error en la medición de este indicador es la ambigüedad de la definición de programa de pérdida de peso, puede incluir muchas

intervenciones y por lo tanto su interpretación por parte de los evaluadores puede ser distinta.

Tabla 12. Resultado de Kappa de los indicadores de dolor crónico no maligno

A. General			
General			
Id. del Indicador	Descripción		Kappa
III.A.1.1	Valoración clínica completa orientada al dolor.	Intensidad del dolor (escala).	0,89
		Cronología.	0,84
		Distribución.	0,86
		Evolución.	0,56
		Síntomas acompañantes.	0,82
		Examen neurológico.	0,82
		Examen musculoesquelético.	0,74
		Ansiedad/depresión.	0,71
		Sueño.	0,83
		Alergias.	0,85
		Abuso de fármacos.	0,59
		Situación socio-familiar.	1,00
		Historia y situación laboral.	0,84
		Diagnóstico.	97.7%*
III.A.1.2	Tratamiento del dolor siguiendo la escala analgésica del dolor, adaptada a cada individuo.		0.84
III.A.1.3	Abordaje multimodal del tratamiento del dolor crónico.	Tratamiento multimodal	0.71
		Adecuación	0.77
III.A.1.4	Uso adecuado de los procedimientos diagnósticos invasivos.		NF
Pacientes con edad >65 años			
III.A.2.1	Tratamiento del paciente con dolor crónico y edad > 65 años con dosis ajustadas a su edad.		0.91
III.A.2.2	Tratamiento del paciente con dolor crónico y edad > 65 años con tratamiento concomitante para prevenir efectos secundarios de los analgésicos.		0.73
B. CEFALEAS			
General.			
III.B.1.1.	Detección de abuso de fármacos en pacientes con cefalea de cualquier etiología.	Evaluación abuso tratamiento	0.71
		Pauta de deshabitación	1
Migrañas.			
III.B.2.1.	Tratamiento de crisis migrañosa en función de la intensidad del dolor.		0
III.B.2.2.	Pacientes con diagnóstico de migraña y tratamiento profiláctico adecuado.		0.93
III.B.2.3.	Tratamiento no farmacológico de la migraña.		1
III.B.2.4.	Ningún paciente con migraña debe recibir Ergotamina o Botox como tratamiento.		0.63

III.B.2.5.	Uso inadecuado de pruebas de neuroimagen en pacientes con migraña.	0.57
Migraña menstrual		
III.B.3.1.	Tratamiento analgésico adecuado en mujeres con migraña menstrual.	NF
III.B.3.2.	Tratamiento profiláctico adecuado en mujeres con migraña menstrual.	NF
Migraña con aura en mujeres		
III.B.4.1.	Mujeres en tratamiento por migraña con aura, que no están utilizando contraceptivos orales simultáneamente.	1
Cefalea Tensional		
III.B.5.1.	Pacientes con cefalea tensional que tienen analgésicos pautado para el brote agudo.	0.86
III.B.5.2.	Pacientes con cefalea tensional que tienen pautado tratamiento profiláctico.	0.67
Cefalea en Racimos		
III.B.6.1.	Pacientes con cefalea en racimos que tienen tratamiento analgésico adecuado.	NF
III.B.6.2.	Pacientes con cefalea en racimos que tienen tratamiento profiláctico adecuado.	NF
C. Dolor Pélvico Crónico		
General		
III.C.1.1.	Pacientes que acuden a consulta son dolor pélvico crónico que tiene prescrito tratamiento adecuado.	0.67
Prostático Crónico		
III.C.2.1.	Pacientes con dolor prostático crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado.	NF
Dolor Vesical Crónico		
III.C.3.1.	Pacientes con dolor vesical crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado.	1
D. Lumbalgia Inespecífica		
Lumbalgia		
III.D.1.1.	Proporcionar educación para el retorno a la actividad normal a pacientes con lumbalgia inespecífica.	1
III.D.1.2.	Proporcionar tratamiento con ejercicio terapéutico a pacientes con lumbalgia inespecífica.	1
III.D.1.3.	Programas cognitivo-comportamental con lumbalgia inespecífica.	1
III.D.1.4.	Pacientes con lumbalgia inespecífica con tratamiento analgésico adecuado.	0.7
III.D.1.5.	Pacientes con lumbalgia inespecífica referidos a cirugía de forma adecuada.	NF
E. Osteoartritis		
Osteoartritis		
III.E.1.1.	Tratamiento con ejercicio terapéutico para pacientes con osteoartritis.	0.75
III.E.1.2.	Tratamiento del sobrepeso en pacientes con osteoartritis.	Evaluación de sobrepeso 1
		Incluido en programa disminución de peso 86.67%*
III.E.1.3.	Valoración de necesidades de dispositivos de asistencia para deambulación en pacientes con osteoartritis.	NF
III.E.1.4.	Pacientes con osteoartritis con dolor leve o moderado y tratamiento analgésico adecuado.	NF
III.E.1.5.	Tratamientos con inyecciones intraarticulares con corticoides o con ácido hialurónico en pacientes con osteoartritis.	NF
F. Artritis reumatoide		
Artritis reumatoide		

III.F.1.1.	Valoración de la actividad de la enfermedad de pacientes con artritis reumatoide.	1
III.F.1.2.	Programas de ejercicio de baja intensidad para pacientes con artritis reumatoide.	0.78
III.F.1.3.	Tratamiento adecuado con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs) en pacientes con artritis reumatoide.	0.58
III.F.1.4.	Tratamiento farmacológico combinado en pacientes con artritis reumatoide que no responden a la monoterapia con DMARDs.	NF
III.F.1.5.	Tratamiento analgésico en pacientes con artritis reumatoide.	0.73
G. Fibromialgia		
Fibromialgia		
III.G.1.1.	Valoración del impacto de la enfermedad en pacientes con fibromialgia.	1
III.G.1.2.	Tratamiento del ejercicio aeróbico para pacientes con fibromialgia.	0.78
III.G.1.3.	Tratamiento con antidepresivos para pacientes con fibromialgia.	0.73
III.G.1.4.	Tratamiento con Pregabalina o Cyclobenzaprina para pacientes con fibromialgia.	0.86
H. Dolor Neuropático		
1. Neuropatía diabética		
III.H.1.1.	Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía diabética.	NF
2. Neuropatía postherpética.		
III.H.2.1.	Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía post-herpética.	0.67
3. Neuralgia del trigémino.		
III.H.3.1.	Tratamiento analgésico adecuado en neuralgia del trigémino.	1
Dolor neuropático post-amputación.		
III.H.4.1.	Tratamiento analgésico adecuado en pacientes con dolor neuropático post-amputación.	NF
Dolor post-quirúrgico crónico.		
III.H.5.1.	Tratamiento analgésico adecuado en dolor post-quirúrgico crónico.	0.81

**Los indicadores en los que se utiliza un porcentaje como resultado están representados por el índice de Concordancia General, en lugar de por el índice de Kappa como los restantes. NF: medición no factible.*

3.1.4. Utilidad para la mejora de la calidad y cumplimiento preliminar

La evaluación a través de LQAS ha mostrado problemas de calidad en la mayoría de los indicadores de calidad (Tabla 13. Cumplimiento con los estándares de calidad por centros y cumplimiento total estimado en indicadores sobre dolor crónico no maligno medidos como % de cumplimiento). Sólo dos indicadores han cumplido con el estándar de 95% propuesto, y cuatro con el de 75% en todos los centros donde fueron factibles.

Atendiendo al cumplimiento total estimado conjunto, sólo 4 indicadores, referentes principalmente al abordaje farmacológico, obtuvieron valores por encima del 60%. En cambio, 16 de los indicadores obtuvieron valores inferiores al 15%. Estos últimos

estaban enfocados a valoración y seguimiento (3 indicadores), prevención de efectos secundarios evitando la prescripción de determinados tratamientos farmacológicos (dos indicadores), abordaje no farmacológico (ocho indicadores), uso apropiado de la medicación basado en la intensidad del dolor (dos indicadores), y tratamiento farmacológico adecuado a la evidencia (un indicador).

Los resultados de cumplimiento son, en la mayoría de los casos, muy bajos, con valores cercanos al cero principalmente en indicadores relacionados con el manejo no farmacológico, muchos con una gran importancia clínica. Por ejemplo, en el indicador de valoración completa orientada al dolor (III.A.1.1), los ítems relacionados con el ámbito social mostraron bajo cumplimiento, pero también otros, como la intensidad del dolor (determinante de la factibilidad de indicadores que determinan la terapia a partir de dicha intensidad, por ejemplo el indicador III.A.1.2 Tratamiento del dolor siguiendo la escala analgésica del dolor, adaptada a cada individuo), o preguntas sobre el abuso de fármacos. Otro caso notable es en los pacientes con fibromialgia, donde la evaluación de la enfermedad en las actividades de la vida diaria es ausente, y en pocas ocasiones se prescribe el ejercicio aeróbico. En general, todos los indicadores relacionados con el ejercicio terapéutico y programas educativos (por ejemplo en artrosis o dolor lumbar crónico) tienen unos valores muy bajos de cumplimiento.

Tabla 13. Cumplimiento con los estándares de calidad por centros y cumplimiento total estimado en indicadores sobre dolor crónico no maligno medidos como % de cumplimiento

INDICADOR		Hospitales con LQAS 75/40	Hospitales con LQAS 95/70*	Cumplimiento total estimado en hospitales**	Cumplimiento total estimado en atención primaria**	Cumplimiento total estimado conjunto**
A. General						
A.1. Generales						
A.1.1. Valoración clínica completa orientada al dolor	Intensidad dolor (escala).	0 de 3	0 de 3	14.49 ± 11.47	0.0 (0.0-21.8)	9.4 ± 7.44
	Cronología.	2 de 3	2 de 3	98.04 ± 3.7	20 (4.33-48.09)	70.64 ± 7.60
	Distribución.	2 de 3	2 de 3	86.67 ± 13.38	26.67 (7.79-55.1)	65.60 ± 11.79
	Evolución.	2 de 3	1 de 3	72.18 ± 16.36	20 (4.33-48.09)	53.86 ± 12.83
	Síntomas acompañantes.	1 de 3	1 de 3	72.98 ± 14.37	26.67 (7.79-55.1)	56.72 ± 12.2
	Examen neurológico.	1 de 3	1 de 3	62.4 ± 15.75	40 (16.34-67.71)	54.53 ± 13.51
	Examen musculo-esquelético.	1 de 3	0 de 3	48.62 ± 19.64	13.33 (1.66-40.46)	36.23 ± 14.14
	Ansiedad / depresión.	0 de 3	0 de 3	26.67 ± 17.41	13.33 (1.66-40.46)	21.99 ± 12.85
	Sueño.	1 de 3	0 de 3	29.78 ± 16.36	6.67 (0.17-37.95)	21.66 ± 11.53
	Alergias.	3 de 3	1 de 3	57.24 ± 19.49	86.67 (59.54-98.34)	67.57 ± 14.06
	Abuso de fármacos.	0 de 3	0 de 3	9.42 ± 12.4	13.33 (1.66-40.46)	10.8 ± 10.12
	Situac. socio-familiar.	0 de 3	0 de 3	8.62 ± 10.4	0.0 (0.0-21.8)	5.6 ± 6.75
	Historia y situación laboral.	0 de 3	0 de 3	16.45 ± 11.64	6.67 (0.17-37.95)	13.01 ± 8.79
	Diagnóstico.	3 de 3	3 de 3	100 ± 0.0	100 (48.2-100)	100 ± 0.0
	Que cumplen todos los puntos	0 de 3	0 de 3	0.0 ± 0.0	0.0 (0.0-21.8)	0.0 ± 0.0
	Cumplimiento en proporción	0 de 3	0 de 3	47.58%***	26.19%***	40.38%***
A.1.2. Tratamiento del dolor siguiendo la escala analgésica del dolor, adaptada a cada individuo.		0 de 3	0 de 3	7.82 ± 6.55	0.0 (0.0-21.8)	5.08 ± 4.25
A.1.3. Abordaje multimodal del tratamiento del dolor crónico.		2 de 3	0 de 3	71.38 ± 17.58	66.67 (38.38-88.18)	69.72 ± 14.23
A.2. Pacientes con edad >65 años						
A.2.1. Tratamiento del paciente con dolor crónico y edad > 65 años con dosis ajustadas a su edad.		1 de 3	0 de 3	33.33 ± 18.44	66.67 (38.38-88.18)	37.93 ± 16.18
A.2.2. Tratamiento del paciente con dolor crónico y edad > 65 años con tratamiento concomitante para prevenir efectos secundarios de los analgésicos.		1 de 3	0 de 3	40 ± 10.88	73.33 (44.9-92.21)	44.59 ± 16.76
B. Cefaleas						
B.1. General.						
B.1.1. Detección de abuso de fármacos en pacientes con cefalea de cualquier etiología.		0 de 2	0 de 2	0.0 ± 0.0	6.67 (0.17-37.95)	3.49 ± 2.93
B.2. Migrañas.						
B.2.1. Tratamiento de crisis migrañosa en función de la intensidad del dolor.		0 de 2	0 de 2	6.67 ± 4.21	0.0 (0.0-21.8)	3.18 ± 2.01
B.2.2. Pacientes con diagnóstico de migraña y tratamiento profiláctico adecuado.		2 de 2	2 de 2	53.33 ± 8.43	80 (51.91-95.67)	67.29 ± 6.18
B.2.3. Tratamiento no farmacológico de la migraña.		0 de 2	0 de 2	0.0 ± 0.0	0.0 (0.0-21.8)	0.0 ± 0.0
B.2.4. Pacientes con migraña debe recibir Ergotamina o Botox como tratamiento inadecuado.		0 de 2	0 de 2	13.33 ± 11.81	6.67 (0.17-37.95)	10.62 ± 7.37
B.2.5. Uso inadecuado de pruebas de neuroimagen en pacientes con migraña.		1 de 1	0 de 1	66.67 (38.38-88.18)	No evaluable	66.67 (38.38-88.18)
B.4. Migraña con aura en mujeres						
B.4.1. Mujeres en tratamiento por migraña con aura, que no están utilizando contraceptivos orales simultáneamente		0 de 1	0 de 1	No evaluable	13.33 (1.66-40.46)	13.33 (1.66-40.46)
B.5. Cefalea Tensional						
B.5.1. Pacientes con cefalea tensional que tienen analgésico pautado para el brote agudo.		0 de 2	0 de 2	46.67 ± 20.16	33.33 (11.82-61.62)	42.68 ± 14.23
B.5.2. Pacientes con cefalea tensional que tienen pautado tratamiento profiláctico.		1 de 2	0 de 2	60 ± 19.8	46.67 (21.27-73.41)	56.01 ± 13.99

C. Dolor Pélvico Crónico					
C.1.General					
C.1.1. Pacientes que acuden a consulta son dolor pélvico crónico que tiene prescrito tratamiento adecuado.	0 de 2	0 de 2	40 ± 21.5	26.67 (7.79-55.1)	34.01 ± 14.46
C.3.Dolor Vesical Crónico					
C.3.1. Pacientes con dolor vesical crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado.	0 de 1	0 de 1	No evaluable	0.0 (0.0-21.8)	0.0 (0.0-21.8)
D. Lumbalgia Inespecífica					
D.1.1. Proporcionar educación para el retorno a la actividad normal a pacientes con lumbalgia inespecífica.	0 de 1	0 de 1	No evaluable	0.0 (0.0-21.8)	0.0 (0.0-21.8)
D.1.2. Proporcionar tratamiento con ejercicio terapéutico a pacientes con lumbalgia inespecífica.	0 de 1	0 de 1	No evaluable	6.67 (0.17-37.95)	6.67 (0.17-37.95)
D.1.3. Programas cognitivo-comportamental con lumbalgia inespecífica.	0 de 1	0 de 1	No evaluable	0.0 (0.0-21.8)	0.0 (0.0-21.8)
D.1.4. Pacientes con lumbalgia inespecífica con tratamiento analgésico adecuado.	1 de 1	0 de 1	No evaluable	66.67 (38.38-88.18)	66.67 (38.38-88.18)
E. Osteoartritis					
E.1.1. Tratamiento con ejercicio terapéutico para pacientes con osteoartritis.	0 de 3	0 de 3	12.51 ± 10.88	20 (4.33-48.09)	14.33 ± 9.4
E.1.2. Tratamiento del sobrepeso en pacientes con osteoartritis.	0 de 2	0 de 2	13.33 ± 16.36	0.0 (0.0-21.8)	7.61 ± 9.45
F. Artritis reumatoide					
III.F.1.1.Valoración de la actividad de la enfermedad de pacientes con artritis reumatoide.	0 de 2	0 de 2	0.0 ± 0.0	0.0 (0.0-21.8)	0.0 ± 0.0
III.F.1.2.Programas de ejercicio de baja intensidad para pacientes con artritis reumatoide.	0 de 2	0 de 2	13.33 ± 16.83	6.67 (0.17-37.95)	12.69 ± 15.2
III.F.1.3.Tratamiento adecuado con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs) en pacientes con artritis reumatoide.	2 de 2	1 de 2	93.33 ± 12.35	60 (32.29-83.66)	90.11 ± 11.15
III.F.1.5.Tratamiento analgésico en pacientes con artritis reumatoide.	1 de 1	0 de 1	No evaluable	46.64 (21.27-73.41)	46.64 (21.27-73.41)
G. Fibromialgia					
III.G.1.1.Valoración del impacto de la enfermedad en pacientes con fibromialgia.	0 de 3	0 de 3	0.0 ± 0.0	0.0 (0.0-21.8)	0.0 ± 0.0
III.G.1.2.Tratamiento del ejercicio aeróbico para pacientes con fibromialgia.	0 de 3	0 de 3	9 ± 5.89	13.33 (1.66-40.46)	10.48 ± 6.45
III.G.1.3.Tratamiento con antidepresivos para pacientes con fibromialgia.	1 de 3	0 de 3	64.33 ± 15.09	13.33 (1.66-40.46)	46.90 ± 11.19
III.G.1.4.Tratamiento con Pregabalina o Cyclobenzaprina para pacientes con fibromialgia.	0 de 1	0 de 1	46.64 (21.27-73.41)	No evaluable	46.64 (21.27-73.41)
H. Dolor Neuropático					
H.2.Neuropatía post-herpética					
III.H.2.1.Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía post-herpética.	1 de 1	1 de 1	80 (51.91-95.67)	No evaluable	80 (51.91-95.67)
H.3.Neuralgia del trigémino.					
III.H.3.1.Tratamiento analgésico adecuado en neuralgia del trigémino.	1 de 1	0 de 1	53.33 (26.59-78.73)	No evaluable	53.33 ± 0.0
H.5. Dolor post-quirúrgico crónico.					
III.H.5.1.Tratamiento analgésico adecuado en dolor post-quirúrgico crónico.	0 de 1	0 de 1	26.67 (7.79-55.1)	No evaluable	26.67 (7.79-55.1)

*: Los centros con cumplimiento LQAS 95/70 están contabilizados también en los de cumplimiento 75/40.

**: Estimación porcentual ± intervalo de confianza de 95% exacto binomial (rango) y para muestreo estratificado no proporcional

***: Proporción de todos los ítems en los que consta valoración entre todos los posibles en los que se debía hacer, para una valoración clínica completa orientada al dolor, en el total de la muestra evaluada.

Los mejores valores de cumplimiento se han obtenido en el indicador relativo a pacientes con artritis reumatoide tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs). Los peores resultados, todos de 0%, se dan en los siguientes indicadores: tratamiento no farmacológico de la migraña, pacientes con dolor vesical crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado, proporcionar educación para el retorno a la actividad normal a pacientes con lumbalgia inespecífica, programas cognitivo-comportamental en lumbalgia inespecífica, valoración de la actividad de la enfermedad de pacientes con artritis reumatoide, y valoración del impacto de la enfermedad en pacientes con fibromialgia.

3.1.5. Valoración para la priorización de los indicadores por expertos de las diferentes comunidades autónomas.

La valoración realizada por los expertos muestra que, de los 46 indicadores que forman este grupo, sólo 2 obtuvieron una valoración menor de tres (<3), incluyendo uno de medición no factible. Todos los restantes tuvieron una puntuación Alta (19 de ellos) o Muy Alta (25) (Tabla 14. Indicadores sobre dolor crónico no maligno. Valoración de su interés por parte de expertos de las CCAA. Puntuación media y relación con factibilidad de medición en el pilotaje). Los indicadores que presentan una valoración por encima de 4 se muestran en el ANEXO IV. Valoración del interés de los indicadores por expertos de las diferentes comunidades autónomas

Tabla 14. Indicadores sobre dolor crónico no maligno. Valoración de su interés por parte de expertos de las CCAA. Puntuación media y relación con factibilidad de medición en el pilotaje

Puntuación Media*	Medición Factible	Medición No Factible	Total	Ejemplos (puntuación media)**
Muy Alta (>4)	19	6	25	Tratamiento analgésico adecuado en neuralgia del trigémino (4.92)
Alta(3-4)	13	6	19	Pacientes que acuden a consulta con dolor pélvico crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado (3.75)
Media-Baja (<3)	1	1	2	No Prescripción de Botox o Ergotamina en migraña (2.75)
Total	33	13	46	

*: Escala de valoración: 1=Sin interés; 2=Poco interesante; 3=Interesante; 4=Bastante interesante; 5=Totalmente de acuerdo con su interés.

**: Indicador con la puntuación media más alta en el grupo de puntuación muy alta (>4); en la mediana en el grupo de puntuación alta (3-4), y el de puntuación más baja en el grupo Media-Baja (<3).

3.2 Análisis de guías de práctica clínica

A continuación se detallan los resultados de las dos revisiones sistemáticas de GPCs.

3.2.1 Fibromialgia

3.2.1.1 Resultados de la búsqueda

La búsqueda aportó 249 resultados, de los que 13 fueron potencialmente válidos. De éstos se descartaron 7: 2 duplicados; una versión antigua de una de las GPC; una guía no aporta las referencias de las recomendaciones¹⁴⁷; una revisión sistemática¹⁴⁸; una guía publicada en Hebreo¹⁴⁹ y un resumen de otras guías¹⁵⁰. Por lo tanto, 6 resultados fueron válidos en último término¹⁵¹⁻¹⁵⁶ (

Figura 8. Proceso de búsqueda de guías de práctica clínica de fisioterapia).

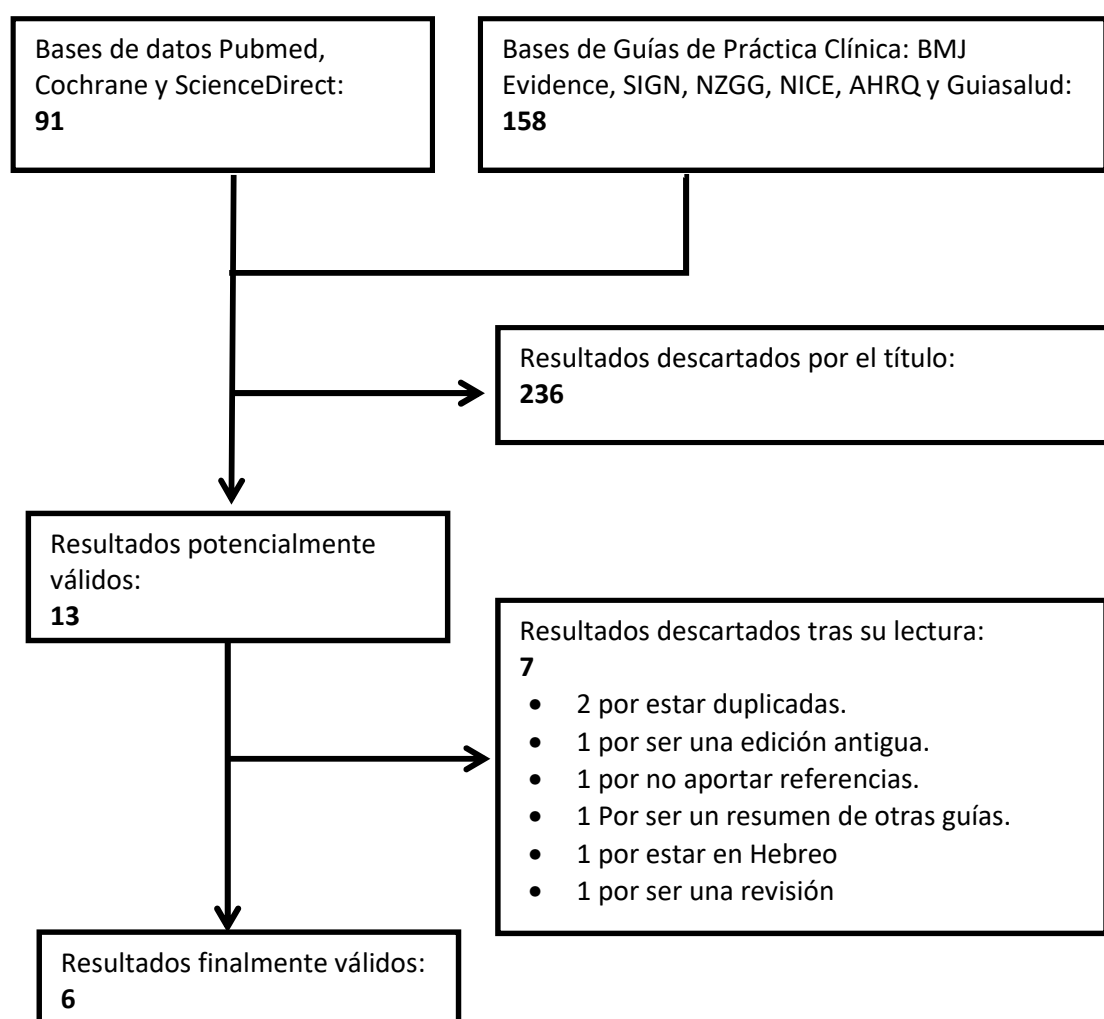


Figura 8. Proceso de búsqueda de guías de práctica clínica de fisioterapia

3.2.1.2. Evaluación de la calidad formal de las guías.

En la Tabla 17. Recomendaciones sintetizadas a partir de las guías relativas a fibromialgia. se muestran las puntuaciones de los dominios de AGREE II para las diferentes guías. La calidad metodológica de la guía de AMFW¹⁵⁵ no pudo ser evaluada dado que esta información sólo se encuentra disponible en Alemán.

Las puntuaciones medias más bajas se han obtenido en el apartado de aplicabilidad, donde ninguna guía supera el 44%) y en el de participación de los implicados. Como se ha descrito en el método, dado que la herramienta AGREE no establece puntos de corte para definir la calidad de una guía como buena o mala, no se ha rechazado ninguna de las guías. Hay que destacar que la herramienta AGREE evalúa la calidad metodológica y del reporte de las guías, no determina si las recomendaciones son apropiadas y válidas^{157,158}. Debido a esto el análisis de las revisiones de guías de práctica clínica se van a desarrollar en base a la variabilidad temporal del nivel de evidencia y fuerza de recomendación del contenido para decidir la confiabilidad de las recomendaciones para un uso clínico, a fin de poder ser útil como herramienta en la toma de decisiones.

Tabla 15. Puntuación por dominio según AGREE II de cada guía. Fibromialgia

Guía	Alcance y Objetivo	Participación de los Implicados	Rigor en la Elaboración	Claridad de Presentación	Aplicabilidad	Independencia Editorial
EULAR 2008 ¹⁵¹	44,44%	41,67%	66,04%	77,78%	18,00%	54,55%
UoT 2009 ¹⁵²	94,44%	38,89%	58,49%	88,89%	6,00%	100,00%
MSE 2011 ¹⁵³	69,44%	52,78%	65,09%	91,67%	42,00%	95,45%
MCIC 2011 ¹⁵⁴	88,89%	47,22%	82,08%	91,67%	24,00%	100,00%
CPS 2012 ¹⁵⁶	91,67%	52,78%	68,87%	94,44%	44,00%	95,45%
Media	77,78%	46,67%	68,11%	88,89%	26,80%	89,09%
Desv. Est (total)	18,84%	5,67%	7,77%	5,83%	14,46%	17,39%

Atendiendo a las guías individualmente, vemos que todas las analizadas (Figura 9.) presentan más del 50% de puntuación en al menos 3 dominios. Dos de las guías^{153,156} presentan valores por encima del 50% en 5 de los 6 apartados (excepto aplicabilidad) de la herramienta AGREE II.

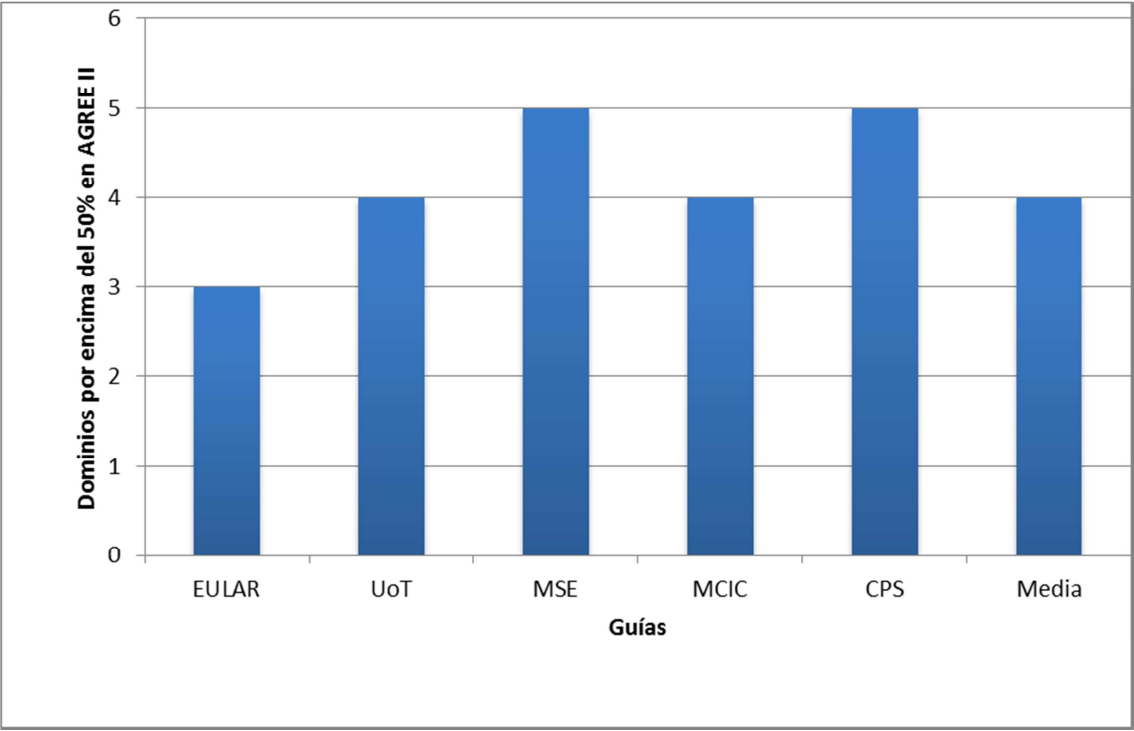


Figura 9. Número de dominios por encima del 50% en AGREE II para cada guía. Fibromialgia

3.2.1.3 Recomendaciones de abordaje clínico

La Tabla 16. NE y FR de los tratamientos según las guías de práctica clínica.6 muestra las recomendaciones con sus respectivos NE y FR para cada una de las GPC analizadas.

Tabla 16. NE y FR de los tratamientos según las guías de práctica clínica.

Recomendaciones		EULAR 2008 ¹⁵¹		UoT 2009 ¹⁵²		MSE 2011 ¹⁵³		MCIC 2011 ¹⁵⁴		AMFW 2012 ¹⁵⁵		CPS 2012 ¹⁵⁶	
		NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR
General	Educación del paciente			A2 ^c	A ^c	A2	B			C2	C		
	• Mejorar autoeficacia											A2	A
	• Recursos online			A2	B								
	Terapia multidisciplinar					A1	A	A1	A	A1	A	A1	A
	Uso de FIQ			A1	A								
Farmacología	AINES			D	I	C2	I			D	I	D	I
	Amitriptilina	A2	A	A1	A	A2	A	A1	A	A2	A	A2 ^a	A ^a
	Anticonvulsiantes	A2	A									A2	A
	• Gabapentina			A3	B			C2	C	C2	C		
	• Pregabalina.			A2	A	A1	A	A2	A	A1	A		
	Ciclobenzaprina			A1	B	A1	A	A1	A	A2	B	A3	B
	Glucocorticoides					A3	D						
	IRSN (inhibidor de la recaptura de la serotonina y norepinefrina)	A2	A									A2 ^a	A ^a
	• Duloxetina			A2	A	A1	A	A1	A	A1	B		
	• Milnacipran			A2	A	A3	B ^b			A2	D		
	ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina).	A2	A2									A2 ^a	A ^a
	• Citalopram			C2	C								
	• Fluoxetina			A2	B	C2	C	A1	C	A2	B		
	• Paroxetina			A2	B					A2	B		
	Opioides suaves	B1	D	C2	C					B1	D	C2	C
	• Tramadol	A2	A			A3	B	A3	B	C2	C	C2	C
	Paracetamol					D	I			D	I		
Fisioterapia	Balneoterapia	A2	B	A3	B					A2	B		
	Biofeedback			A2	B					A2	B		
	Ejercicio aeróbico	C2	C	A2	A	A1	A	A1	B	A1	A	A1	A
	Ejercicio en piscina templada							A2	B				
	Entrenamiento de fuerza			A2	B					A2	A		
	Entrenamiento funcional.									B1	B		
	Estimulación transcraneal con corriente directa					C2	C			C2	C		
	Estiramientos									A2	B		
	Magnetoterapia					A2	B			C2	C		
	Masaje terapéutico			D	I	C2	I			C2	C		
	Punción de puntos gatillo			D	I					D	I		
	Relajación					C2	I			C2 ^d	I ^d		
	TENS					C2	I			C2	C		
Psicología	Escritura terapéutica					C2	C			C2	I		
	Hipnosis/Imaginación guiada			A2	B	C2	C			A2	B		
	Terapia cognitivo-conductual	B1	C	A1	A	A1	A	A1	A	A1	A	A1	A
	Terapia Conductual operante					A1	A						

Terapias Alternativas	Acupuntura			A2	B	C1	C	C1	C	A2	B	C1	C
	Homeopatía					C2	I			C2	I		
	Qi-Gong					C2	I			A2	B		
	Quiropraxia					C2	I			C2	C		
	Reiki					C2	I			C2	I		
	Taichí					C2	C			A2	B		
	Yoga									A2	B		

NE: Nivel de Evidencia; FR: Fuerza de Recomendación. EULAR: European League Against Rheumatism; UoT: University of Texas; MSE: Ministerio de Sanidad de España; ~ MCIC: MinisteriodeCienciae&InnovaciónCataluna, ~ España; AWMF: Association of the scientific Medical Societies in Germany ; CPS: Canadian Pain Society. FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire (Cuestionario de impacto de la Fibromialgia), AINEs: aintinflamatorios no esteroideos, TENS: electroestimulación transcutánea .Notas: a. Esta recomendación se hace de forma genérica para los antidepresivos. b. No se realiza la recomendación explícita, pero se menciona en la guía. c. Recomendación para la educación en combinación con otras terapias. d. NE/FR A2/A cuando se combina la relajación con ejercicio físico. Nivel de evidencia(NE) y fuerza de recomendación (FR) según tablas 7 y 8.

Variabilidad de las guías

Las GPC incluidas han evaluado la evidencia disponible sobre: abordaje general, farmacología, fisioterapia, psicología y terapias alternativas. Sólo siete terapias aparecen en todas las guías: el ejercicio aeróbico, el tratamiento cognitivo-comportamental, la amitriptilina, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina y Noradrenalina (IRSN), fármacos anticonvulsivos y opioides suaves. Estas recomendaciones presentan discrepancias en la FR y NE, excepto en el caso de la Amitriptilina; pero ésta se analiza dentro del grupo de antidepresivos en general en una guía¹⁵⁶. También los ISRS, IRSN y anticonvulsivos son analizados de forma global (sin especificar el fármaco exacto) en dos guías^{151,156}. El ejercicio y el tratamiento cognitivo-comportamental se mantienen constantes en las guías creadas después del 2008 con el mayor nivel de evidencia.

En la Tabla 17. Recomendaciones sintetizadas a partir de las guías relativas a fibromialgia, se muestra la síntesis de las recomendaciones elaboradas tras el análisis de las guías.

Tabla 17. Recomendaciones sintetizadas a partir de las guías relativas a fibromialgia.

Recomendación		NE
Recomendaciones con fuerza A (Debe hacerse)		
General	El abordaje de los pacientes con fibromialgia debe realizarse de forma multimodal y multidisciplinar. ^{155,156}	A1
	El control de la enfermedad con escalas específicas como el FIQ es adecuado para controlar la evolución de la enfermedad y adaptar el tratamiento. ¹⁵²	A1
Farmacología	La Amitriptilina puede ser usada durante periodos cortos de tiempo para reducir el dolor y mejorar el sueño (10-50 mg al día). ^{154,155}	A1
Fisioterapia	Los pacientes con fibromialgia deben realizar un programa de ejercicio físico aeróbico entre moderado y suave. El comienzo debe ser gradual. Preferiblemente el ejercicio de elección del paciente. La supervisión está recomendada. Se debe evitar el sobre esfuerzo para no empeorar síntomas. El ejercicio debe realizarse al menos 2-3 veces por semana y con una duración de, al menos, 30 minutos. ^{155,156}	A1
	El entrenamiento de la fuerza muscular es un complemento a añadir a los programas de ejercicio para la fibromialgia. ¹⁵⁶	A2
	La relajación tras realizar ejercicios aeróbicos ayuda a mejorar los síntomas en pacientes con fibromialgia. ¹⁵⁵	A2
Psicología	La terapia cognitivo conductual, incluso a corto plazo, es útil para reducir el miedo al dolor y a la actividad. ^{155,156}	A1
	Intervenciones para reforzar la autoeficacia están indicadas para ayudar al paciente a controlar sus síntomas. ¹⁵⁶	A2
Recomendaciones con fuerza B (puede hacerse)		
General	La educación del paciente con fibromialgia ayuda a hacer frente a la enfermedad.	A2
	La educación es más efectiva cuando se realiza en comunión con otras terapias. ¹⁵²	A2
	La oferta de recursos online para los pacientes con fibromialgia puede ayudar a controlar los síntomas. ¹⁵²	
Farmacología	La Ciclobenzaprina puede ser usada en pacientes con fibromialgia para mejorar el descanso nocturno a muy baja dosis. ^{155,156}	A1
	Los medicamentos antiepilépticos pueden usarse para controlar el dolor en pacientes con fibromialgia (principalmente pregabalina, no hay evidencia para gabapentina). ^{155,156}	A2
	Pregabalina (50– 450 mg/día) puede usarse durante cortos periodos de tiempo, en caso de no ser posible el tratamiento con amitriptilina o éste no fuera efectivo. ^{154,155}	A2
	Inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina (IRSN) están indicados por un corto periodo de tiempo en caso de no tolerar amitriptilina, o cuando el tratamiento con la misma no ha tenido éxito, en pacientes con depresión o ansiedad comórbidas. ^{155,156}	A2
	Duloxetina (60 mg/día) es la elección entre los IRSN, para pacientes con fibromialgia y depresión o ansiedad comórbidas. ^{154,155}	A1
	Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) (fluoxetina, 20-40mg/día; paroxetina, 20-40 mg/día) pueden ser considerados en caso de la coexistencia de trastorno de ansiedad o depresión. ^{155,156}	A2

Fisioterapia	Los estiramientos están indicados como parte del programa de ejercicios. ¹⁵⁵	A2
	La balneoterapia puede reducir los síntomas en pacientes con fibromialgia. ^{152,155}	A2
	Ejercicios en el agua están indicados en pacientes con fibromialgia. ¹⁵⁴	A2
	El biofeedback puede usarse para reducir síntomas en pacientes con fibromialgia. ^{152,155}	A2
	El entrenamiento con ejercicios se puede realizar empleando calescinéticos o entrenamiento funcional (en agua o tierra) dos veces a la semana, en grupos guiados por un fisioterapeuta. ¹⁵⁵	B1
Psicología	La hipnosis o imaginación guiada puede ser usada para disminuir síntomas de la fibromialgia. ^{152,155}	A2
Recomendaciones con fuerza C e I (no hay evidencia suficiente o existe evidencia contradictoria para recomendar el tratamiento)		
No existe suficiente evidencia, o existe evidencia contradictoria para recomendar: opioides suaves, Gabapentina, paracetamol, AINEs, Milnacipran, acupuntura, punción de puntos gatillo, TENS, magnetoterapia, quiropraxia, masaje terapéutico, qi-gong, reiki, taichí, homeopatía, estimulación transcraneal con corriente directa, relajación de forma aislada, escritura terapéutica.		
Recomendaciones con fuerza D (No debe hacerse)		
Farmacología	No se recomiendan los glucocorticoides para el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia ya que ningún estudio avala su eficacia y, además, en tratamientos continuados la aparición de efectos secundarios es frecuente. ¹⁵³	A3

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire (Cuestionario de impacto de la Fibromialgia), AINEs: antiinflamatorios no esteroideos, TENS: electroestimulación transcutánea. Tipo de tratamiento; Gral.: General, Farma: Farmacología, Fisiot.: Fisioterapia, Psico.: Psicología. NE: Nivel de Evidencia; FR: Fuerza de Recomendación. EULAR: European League Against Rheumatism; UoT: University of Texas; MSE: Ministerio de Sanidad de España; MCIC: Ministerio de Ciencia e Innovación Cataluña, España; AWMF: Association of the scientific Medical Societies in Germany; CPS: Canadian Pain Society. FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire (Cuestionario de impacto de la Fibromialgia), AINEs: antiinflamatorios no esteroideos, TENS: electroestimulación transcutánea.

Notas: a. Esta recomendación se hace de forma genérica para los antidepresivos. b. No se realiza la recomendación explícita, pero se menciona en la guía. c. Recomendación para la educación en combinación con otras terapias. d. NE/FR A2/A cuando se combina la relajación con ejercicio físico.

Recomendaciones con alto Nivel de evidencia

Se han identificado 22 tipos de terapia que presentan, en al menos una guía, un NE alto (A1, A2). La aparición de recomendaciones de alto NE en las distintas guías es variable. La perteneciente a EULAR¹⁵¹ es la que menos recoge, sólo 8 de las 22 recomendaciones, y la guía de AMFW¹⁵⁵ la que más contempla, con 19. Analizando los tipos de terapias junto a su NE y FR (Tabla 16) podemos identificar las actividades más relevantes en el tratamiento de la FM:

General

En cuanto a la evaluación, la escala FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) aporta un control fiable y válido de la evolución de la enfermedad, que permite ajustar los tratamientos en la medida que sea necesario. En el manejo del paciente, el abordaje multimodal aporta mejores resultados que medidas aisladas.

Tratamiento farmacológico

La amitriptilina, usada por periodos cortos para controlar el dolor, es el tratamiento farmacológico con evidencia más sólida, aunque se muestra necesario tener un seguimiento exhaustivo de los efectos secundarios¹⁵⁵. En caso de fracaso, intolerancia o interacciones de la amitriptilina, existen alternativas farmacológicas como: ISRN, ISRS o antiepilépticos; siendo la duloxetina, fluoxetina o paroxetina y la pregabalina los fármacos de elección, respectivamente. El papel de los opioides suaves en la FM es limitado; el tramadol, siendo el que mejores resultados aporta, pero muestra recomendaciones contradictorias^{151,153–156}. Se puede recomendar su uso en caso de haber agotado otras vías de actuación y el paciente siga presentando dolor moderado-severo. Los tratamientos con estos fármacos deben ser cortos; utilizándose en casos concretos, cuando los síntomas estén descontrolados y retirándolos en cuanto sea posible; la medicación debe ser titulada y contar con controles periódicos^{155,156}.

Fisioterapia

Los programas de ejercicio son el tratamiento de elección según los resultados, pues obtienen el mayor NE y FR. Presentan pocos efectos secundarios, y actúa en diferentes variables que afectan a la enfermedad como son el aspecto físico, psicológico, hormonal o la calidad de vida. Dentro de la fisioterapia encontramos otras terapias útiles como: estiramientos (cuando complementan al ejercicio), ejercicios acuáticos, balneoterapia o biofeedback. Es importante destacar las terapias con alto NE que aparecen en una sola guía: ejercicio en piscina templada, entrenamiento funcional, estiramientos y yoga; todas ellas relacionadas con la actividad física.

Psicología

Aun siendo el área que cuenta con menos recomendaciones, en la psicología tenemos otra de las actividades que ofrecen una evidencia sólida y resultados positivos: la

terapia cognitivo-conductual. Es una actividad a tener en cuenta ya sea de forma aislada o combinada con otros tratamientos. Otras actuaciones psicológicas como la hipnosis, la imaginación guiada y la relajación sólo obtienen resultados positivos cuando se aplican complementando a otras terapias.

Terapias Alternativas

Todas las terapias alternativas muestran controversias entre guías, por lo que se necesitan más estudios y de mayor calidad para poder valorar su aplicabilidad. Sólo la acupuntura, el Qi-Gong (Chi Kung), el Yoga y el Taichí presentan recomendaciones positivas en alguna guía.

Recomendaciones con bajo nivel de evidencia que aparecen en una sola guía.

Se detallan a continuación las recomendaciones con bajo NE y FR que aparecen en una sola guía y que no se han incluido en las tablas. Los suplementos alimenticios han sido analizados en un metaanálisis¹⁵⁹, pero no mostraron ser eficaces (NE: C1, FR: C). Hay terapias para las que existen ensayos clínicos aleatorizados sin diferencias significativas o con resultados inconsistentes (NE: C2), por lo que no se puede recomendar su uso (FR: C): terapia cráneo-sacra, drenaje linfático, fármacos hipnóticos, interferones, Oxibato de sodio, fármacos neurolépticos, antagonistas de los receptores de la serotonina (5-HT₃), cannabinoides, termoterapia y estimulación magnética transcraneal. En otras terapias, aun presentando mismo (NE: C2), la evidencia es de pobre calidad o insuficiente para decantarse a favor o en contra de su uso (FR: I): terapia hiperbárica, tratamiento térmico de cuerpo completo, baño hidrogalvánico, terapia psicodinámica, psicoanálisis, terapia hormonal, anestésicos locales, dieta, danza-terapia, melatonina, musicoterapia, cámara de frío, ultrasonidos, laser, mindfulness, inhibidores de la monoamino-oxidasa, relajantes musculares, fármacos antivirales, agonistas dopaminérgicos, ansiolíticos y opioides fuertes. No se dispone de evidencia identificada o la literatura disponible no es útil (NE D, FR I) para: intervención en cuadrantes, flupirtina, ácido acetil salicílico, acetaminofeno y metamizol.

3.2.2. Dolor lumbar crónico

3.2.2.1 Resultados de la búsqueda

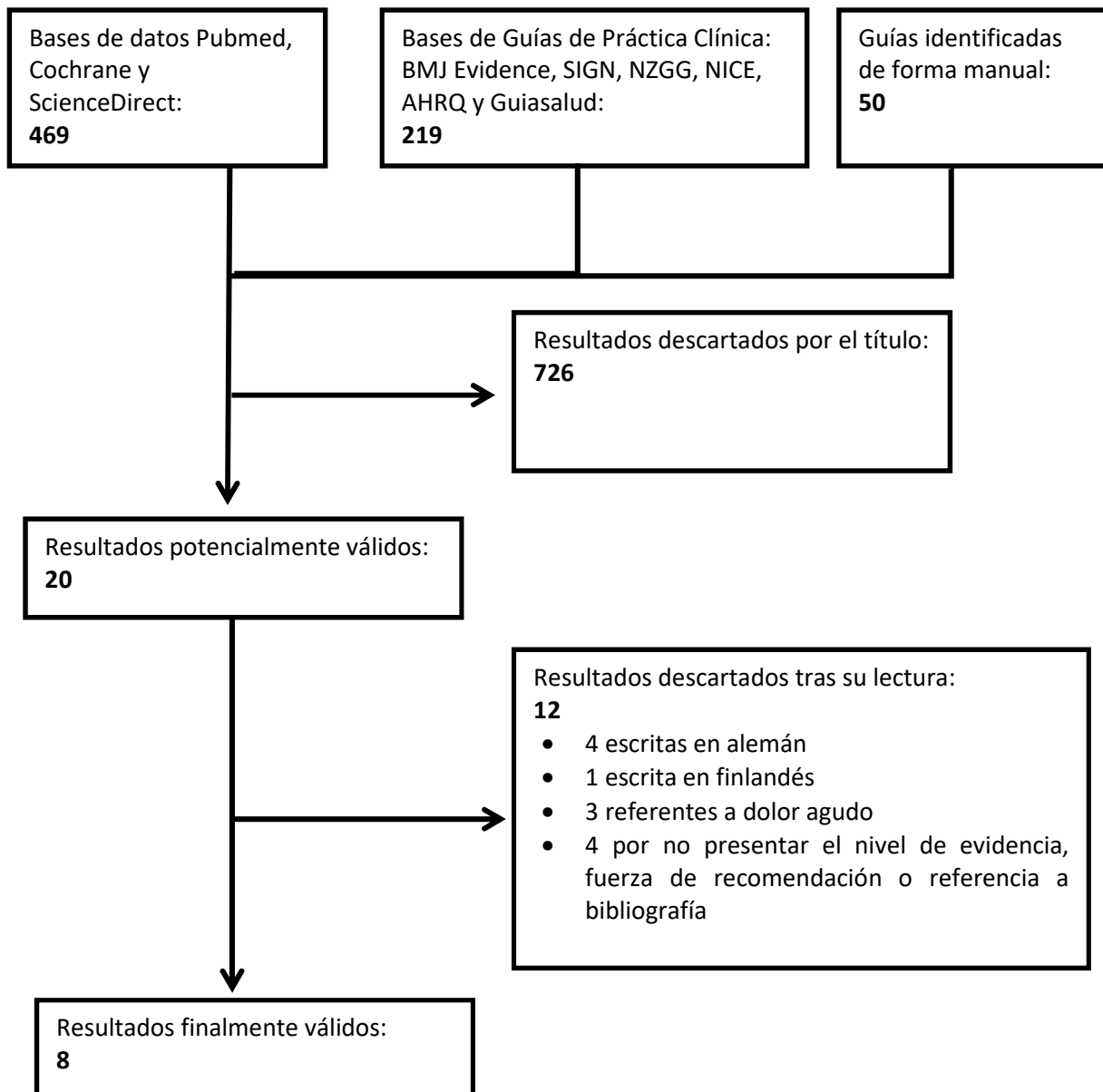


Figura 10. Proceso de búsqueda de guías de práctica clínica de fisioterapia

Se obtuvieron 746 resultados en la búsqueda en las bases de PubMed, Cochrane y ScienceDirect, ClinicalEvidence, SIGN, NZGG, NICE, AHRQ y Guíasalud, de los cuales se identificaron 20 potenciales guías, 12 fueron excluidas. Finalmente 8 cumplen con los criterios de inclusión^{160–168} (Figura 10)

3.2.2.2. Evaluación de la calidad formal de las guías.

La calidad metodológica de las GPC es muy diversa (Tabla 18. Puntuación por dominio según AGREE II de cada guía. DLC), siendo más marcadas las diferencias entre guías en los dominios de “Aplicabilidad” (puntuación media del dominio de 39,32%) e “Independencia Editorial” (media de 51,56%). La puntuación media de todas las guías para cada uno de los demás dominios –Alcance y Objetivo; Participación de los Implicados; Rigor en la Elaboración; y Claridad de Presentación– es igual o mayor de 51,39% (con una desviación estándar menor o igual a 19,79% en cada uno).

Tabla 18. Puntuación por dominio según AGREE II de cada guía. DLC

Guía	Alcance y Objetivo	Participación de los Implicados	Rigor en la Elaboración	Claridad de Presentación	Aplicabilidad	Independencia Editorial
Holanda	44,44%	38,89%	46,88%	72,22%	25%	41,67%
UE	80,56%	58,33%	71,88%	91,67%	31,25%	8,33%
Euskadi	88,89%	52,78%	54,17%	88,89%	43,75%	50%
CLIP	38,89%	47,22%	50%	38,89%	12,50%	70,83%
APS	80,56%	36,11%	60,42%	58,33%	35,42%	58,33%
NICE	88,89%	61,11%	76,04%	80,56%	83,33%	83,33%
Alberta	83,33%	75,00%	83,33%	88,89%	75,00%	100,00%
APTA	50,00%	41,67%	38,54%	69,44%	8,33%	0,00%
Media	69,44%	51,39%	60,16%	73,61%	39,32%	51,56%
Desv. Est (total)	19,79%	12,27%	14,62%	16,95%	25,48%	32,40%

Se presenta un análisis global de cada guía en base al número de dominios que superan una puntuación del 50% en la figura 2 según los resultados del AGREE II (Figura 11. Número de dominios por encima del 50% en AGREE II para cada guía), donde encontramos que tres guías^{160,162,168} sólo presentan 1 o 2 dominios por encima del 50% de la puntuación

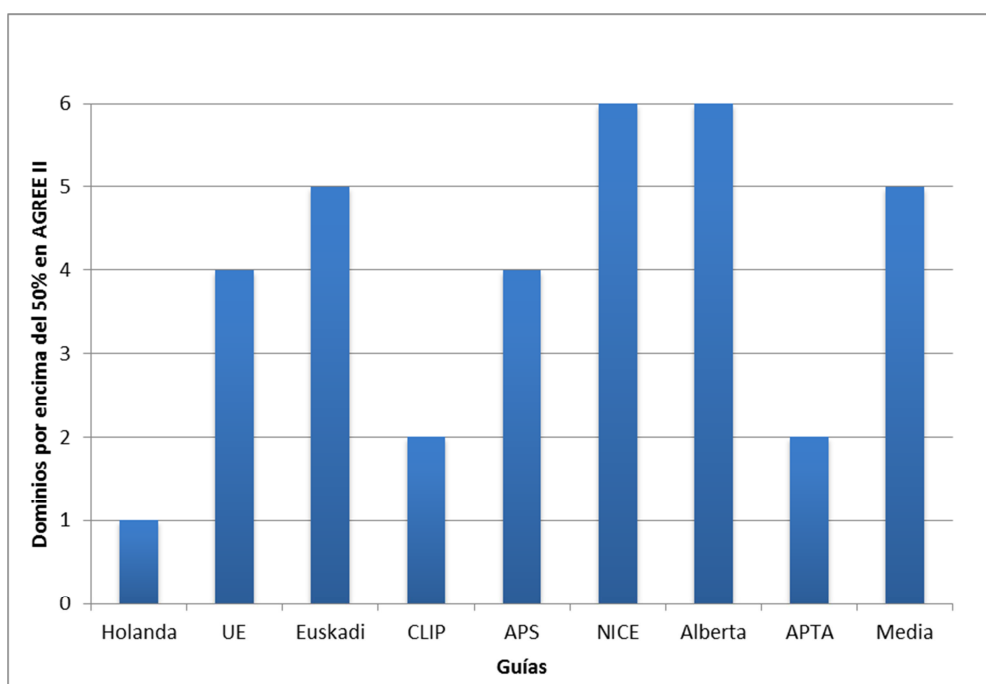


Figura 11. Número de dominios por encima del 50% en AGREE II para cada guía. DLC.

3.2.2.3 Recomendaciones de abordaje clínico

La Tabla 19. Recomendaciones según su Nivel de Evidencia (NE) y Fuerza de Recomendación (FR). muestra los resultados con los niveles de evidencia y fuerza de recomendación para cada una de las terapias en las distintas guías.

Tabla 19. Recomendaciones según su Nivel de Evidencia (NE) y Fuerza de Recomendación (FR).

		Holanda 2003 ¹⁶⁰		Europa 2006 ¹⁶¹		CLIP 2007 ¹⁶²		ACP/ APS 2007 ^{163,164}		Euskadi 2007 ¹⁶⁵		NICE 2009 ¹⁶⁶		Alberta 2011 ¹⁶⁷		APTA 2012 ¹⁶⁸	
		NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR
Manejo General	Colchones firmes							C2	D								
	Educación			A2	B			A2	B					A2	B	A2	B
	Fajas lumbares (soportes)					C2	I	C2	C	C2	D	C2	C	A2	D		
	Mantener vida activa	A2	B	A2	B					A2	B						
	Plantillas													A3	D		
	Referir a cirugía si tratamiento no efectivo									C2	D	A2	B	A2	B		
	Reposo en cama					A2	D			A2	D					A2	D
	Tratamiento multidisciplinar			A2	A	A2	A	A2	B			A3	A	A2	B		

Fisioterapia	Abordaje de McKenzie					A2	B									A2	A
	Biofeedback	C2	C					C2	C								
	Calor			C2	I					C2	C						
	Corrientes interferenciales			D	I			C2	C			D	I	D	I		
	Ejercicio	A2	A	A2	A	A2	A	A2	B	A2	A	A1	B	A2	B	A1	A
	Ejercicios estabilización															A2	B
	Escuela De espalda			A2	B	A2	B	A2	B	A2	B	A2	B			A2	B
	Láser De baja intensidad	C1	C	C2	C			C2	C			A2	D	C2	C		
	Manipulación			A2	B	A1	B	A2	B	A2	D	A2	B	C2	C	A2	B
	Masaje	C2	C	C2	C	A2	B	A2	B	C2	C	A2	B	A2	B		
	Movilización			A2	B									C2	C		
	Onda corta			C2	I			C2	C								
	PENS			A2	B							C2	C				
	TENS	C2	C	A2	D	A2	D	C2	C	C2	D	C2	C	A2	D		
	Tracción	C2	C	C2	C	A2	D	C2	D	A2	D	A2	D	A2	D	C2	C
	Ultrasonidos	C2	C	C2	I	A2	D	C2	C			D	I	C2	C		
Farmacoterapia	AINEs			A2	A	A2	B	A2	B	C2	C	A2	B	A2	B		
	Antidepresivos (IRSS/IRSN)			A2	A	A2	B			D	I	C2	C	C2	D		
	Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos					A2	B	A2	B	A2	B	A2	B	A2	B		
	Benzodiazepinas			A2	B			A2	B	A2	B			A2	B		
	Capsaicina			A2	B					A2	B						
	Gabapentina			C2	C			C2	C								
	Opioides suaves			A2	B	A2	B	A2	B	A2	B	A2	B	A2	B		
	Paracetamol							A2	B	A2	B	A2	A	A2	B		
	Relajantes musculares			A2	B	A2	B	C2	C								
	Vitamina B									C2	D						
Terapias alternativas	Acupuntura			C2	C	A2	B	A2	B	C2	D	A1	A	A2	B		
	Medicina natural													A2	B		
	Neuroreflexoterapia			A2	B	D	I			C2	I	C2	C				
	Yoga							A3	B					A2	B		
Psicología	Tratamiento cognitivo comportamental	A1	B	A2	A	A2	A	A2	B			C2	C	A2	B		
Tratamiento Invasivo	Denervación con radiofrecuencia			C2	I	A2	B										
	Infiltración de puntos gatillo			C2	I	A2	B			C2	D						
	Infiltración epidural de corticoesteroides			D	I	A2	B			C2	D			A2	B		
	Infiltraciones oxígeno/ozono									B3	D						

Inyección intradiscal de glucocorticoides			A2	D	C2	C			C2	D	C2	C				
Inyecciones esclerosantes (proloterapia)			A2	D	D	I			C2	D	C2	C	C2	D		
Inyecciones IA de corticoides en AF			D	I	A2	D			C2	D	C2	D				

NE: Nivel de Evidencia; FR: Fuerza de recomendación; AINE: Antiinflamatorio no esteroideo; IA: Intra Articular; AF: Articulaciones Facetarias; IRSS: Inhibidores de la receptación de la serotonina; IRSN: Inhibidores de la receptación de la noradrenalina; tto: tratamiento; PENS: Neuroestimulación eléctrica percutánea. Nivel de evidencia (NE) y fuerza de recomendación (FR) según tablas 7 y 8.

Variabilidad en las guías de práctica clínica

Solo tres recomendaciones han sido incluidas en todas las guías: el ejercicio, las manipulaciones y la tracción. La primera muestra alto nivel de evidencia en todas las guías, y está indicada como pilar fundamental del tratamiento. La manipulación está indicada en poblaciones específicas, pero existe controversia para su recomendación. En cambio se recomienda no usar la tracción en el DLC por no resultar efectiva e incurrir en posibles efectos adversos^{161,163}.

Además de los mencionados, encontramos más tipos de abordaje en todas las guías si obviamos la de APTA 2012¹⁶⁸ (orientada específicamente a tratamiento basado en terapia manual): masaje, sobre el que no hay acuerdo entre las guías, y TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), que no se recomienda su uso por no mostrar beneficios significativos.

Cinco terapias han mostrado resultados consistentes para recomendar su uso y aparecen en al menos 5 guías: ejercicio, abordaje multidisciplinar, escuela de espalda, opioides y antidepresivos. Diecinueve de los 46 tipos de terapias identificadas en las guías presentan resultados consistentes en los niveles de evidencia y fuerza de recomendación, 14 recomendaciones a favor, 3 en contra y 4 que no se pueden recomendar por falta de evidencia. Todas las demás terapias muestran diferentes niveles de evidencia e incluso fuerza de recomendación. La Tabla 20. Síntesis de recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar crónico muestra las recomendaciones propuestas a partir de las diferentes guías.

Tabla 20. Síntesis de recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar crónico.

Recomendación		NE
Recomendaciones con fuerza A (Debe hacerse) constante en las guías.		
Fisioterapia	Los pacientes deben iniciar un programa de ejercicio. Es aconsejable establecer una rutina progresiva para evitar exacerbar el dolor. Se obtienen mejores resultados con rutinas estructuradas y supervisión por parte de especialistas. Se debe vigilar que el ejercicio no aumente el dolor del paciente. Ningún ejercicio ha demostrado ser mejor que otro; se han encontrado resultados positivos con ejercicios de fuerza, resistencia, coordinación, de flexión, de extensión (McKenzie), isocinéticos y trabajo aeróbico de bajo impacto en la zona lumbar dependiendo del perfil del paciente.	A1
Recomendaciones con fuerza B (puede hacerse) constante en las guías.		
Manejo General	El tratamiento multidisciplinar es necesario debido a los múltiples mecanismos de acción del dolor crónico. Las terapias combinadas también mejoran los resultados.	A2
	La Escuela de espalda es igual de eficaz que otros tratamientos conservadores, combina educación del paciente en el dolor lumbar, ejercicios que puede realizar el paciente e higiene postural. Depende del enfoque se pueden incluir más terapias (ejercicio aeróbico, tratamiento cognitivo-comportamental,...).	A2
	La educación del paciente sobre su enfermedad y autocuidado debe ser parte de la terapia, ya sea como parte de programas como el de escuela de espalda, o como una intervención más.	A2
	Se debe recomendar a los pacientes que mantengan una vida activa.	A2
Fisioterapia	Ejercicios de la modalidad McKenzie están indicados en el tratamiento del dolor lumbar crónico.	A2
	Los ejercicios de estabilización lumbar están indicados en pacientes: Menores de 40 años. Test de inestabilidad en prono positivo. Presencia de movimientos aberrantes durante la evaluación del movimiento. Con test "Straight leg raise" mayor de 91°	A2
Farmacoterapia	Los Antidepresivos tricíclicos tienen un efecto pequeño-moderado en el alivio del dolor lumbar crónico, con dosis más pequeñas que las usadas para la depresión. Son más efectivos en el tratamiento de DLC que curse con depresión y/o trastornos del sueño. Titular desde 10 a 25 miligramos (por la noche), subiendo 25 mg a la semana hasta dosis terapéutica o 100 mg (amitriptilina, nortriptilina).	A2
	Relajantes musculares: La ciclobenzaprina puede ser apropiada en pacientes seleccionados que muestren cuadro de espasmo muscular. No está recomendado su uso crónico. Controlar posible abuso. De 10 a 30 mg al día. Los mayores beneficios se han visto dentro de la primera semana. No utilizar más de 2 semanas.	A2
	El Paracetamol puede ser una primera opción (antes que AINEs) para el control del dolor durante periodos cortos. Hasta 1000 mg tres veces al día (máximo 3000 mg al día).	A2
	Los Opioides suaves deben ser utilizados solo cuando otras opciones terapéuticas hayan fracasado. Durante periodos muy cortos de tiempo (1-2 semanas). Evitar este tratamiento en pacientes con antecedentes de abuso de alguna sustancia o problemas psiquiátricos. Debido a la complejidad del tratamiento del dolor crónico con opioides se aconseja la consulta de la guía Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, disponible en: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/	A2
Terapias alternativas	Las variantes Viniyoga e Iyengar del Yoga pueden ayudar al tratamiento de la lumbalgia crónica.	A2
	Las siguientes medicinas herbales se pueden usar en brotes agudos de la lumbalgia crónica*: - Extracto acuoso de <i>Harpagophytum procumbens</i> (Devil's Claw, grappleplant, wood spider) a dosis estandarizada diaria de 50 mg harpagoside. - Una combinación de extracto de <i>Salixdaphnoides</i> y <i>Salix purpurea</i> (sauce rojo, sauce púrpura) a dosis estandarizada diaria de 240 mg salicina/día. - Un emplasto de <i>Capsicum frutescens</i> (pimiento picante, chile rojo, pimiento de tabasco).	A2
	El uso de la capsicina debería considerarse en pacientes con dolor moderado a severo que no han respondido a otros tratamientos.	A2
Psi	La inclusión del paciente en un tratamiento cognitivo-comportamental (grupal o individual) dirigido por un especialista está recomendada, como parte de un conjunto de terapias.	A1

Recomendaciones con fuerza B (puede hacerse) no constante en las guías.		
General	Referir a cirugía a pacientes con dolor severo (EVA≥7) y ha completado un set de tratamiento que incluya terapia física y psicológica sin éxito en el alivio del dolor.	A2
Fisioterapia	Los pacientes que no responden al tratamiento pueden beneficiarse de la manipulación por parte de un profesional cualificado. La manipulación está contraindicada en pacientes con signos neurológicos.	A2
	El masaje terapéutico está indicado como coadyuvante, pero en monoterapia no es mejor que otros tratamientos.	A2
Farmacoterapia	Los AINEs pueden ser usados durante periodos cortos para reducir el dolor. Nunca más de tres meses. Ningún AINE es superior a otro. Un inhibidor de la bomba de protones debe considerarse como coadyuvante en pacientes mayores de 45 años. Ibuprofeno 800 mg tres veces al día (máximo 800 mg 4 veces al día). Diclofenaco hasta 50 mg tres veces al día.	A2
Terapias alternativa	La acupuntura está indicada como parte de la terapia para el dolor crónico lumbar.	A1
Recomendaciones con fuerza C (no hay evidencia suficiente o existe evidencia contradictoria)		
No se puede recomendar el uso de TENS, Láser de Baja intensidad, Ultrasonidos, Neurorreflexoterapia, PENS, Biofeedback, calor, uso de colchones firmes, soportes lumbares, corrientes interferenciales, onda corta, plantillas, relajantes musculares, proloterapia, IRSS, IRSN, glucocorticoides intradiscales, corticoides intrarticulares en articulaciones facetarias, infiltración epidural de corticoesteroides, denervación por radiofrecuencia, infiltración de puntos gatillo, gabapentina, vitamina Be infiltraciones de oxígeno y ozono.		C2
Recomendaciones con fuerza D (No debe hacerse)		
No se debe recomendar el reposo (total) en cama.		A2
No se debe realizar tracción como terapia para el dolor lumbar crónico.		A2

**Esta recomendación sólo aparece en una guía, por lo que su NE/FR no cambia pero tampoco se puede comparar. Abreviaturas. NE: Nivel de Evidencia; AINE: Antiinflamatorio no esteroideo; DLC: Dolor Crónico Lumbar EVA: Escala Visual Analógica; TENS: Neuroestimulación eléctrica transcutánea; IRSS: Inhibidores de la receptación de la serotonina; IRSN: Inhibidores de la receptación de la noradrenalina; PENS: Neuroestimulación eléctrica percutánea.*

Evidencia en el abordaje clínico del dolor lumbar crónico

En la Tabla 20. Síntesis de recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar crónico. se muestra la síntesis de las recomendaciones finales elaboradas para cada tipo de tratamiento. Se puede ver que el abordaje general del DLC debe realizarse de forma multidisciplinar debido a los múltiples mecanismos de acción del dolor crónico. Es necesario proveer medidas educativas al paciente y consejos que promuevan la vida activa. La indicación para referir al paciente al especialista y evaluar la posibilidad de someterlo a cirugía debe hacerse en caso de fallo de las demás terapias en el control

del dolor y si el paciente presenta dolor severo (EVA ≥ 7). No se debe recomendar el reposo en cama, y no hay evidencia suficiente para la recomendación del uso de colchones firmes y plantillas.

Tratamiento no farmacológico

El ejercicio y la escuela de espalda muestran recomendaciones con alto nivel de evidencia y fuerza de recomendación constantes en todas las GPC. Estos tratamientos, además de ser efectivos en el tratamiento del DLC, son seguros pues presentan un bajo nivel de efectos secundarios.

El yoga, la escuela de espalda, ejercicios de estabilización lumbar, abordaje de McKenzie y promover la vida activa son las terapias que a pesar de no estar reflejadas en todas las guías, tienen un alto nivel de evidencia y fuerza de recomendación constantes en las guías en las que aparecen. En cuanto a otros tratamientos no farmacológicos, encontramos que la terapia cognitivo-comportamental presenta recomendaciones a favor en todas las guías menos en una¹⁶⁶; en esta guía se indica que los resultados de esta terapia utilizada de forma aislada no son significativos, por lo que deben ser usadas en combinación con otras terapias, en cuyo caso la recomendación de la guía es a favor de su uso.

Existe controversia en la acupuntura, el masaje, la manipulación y la movilización en las distintas guías. Su éxito aparece ligado a si el grupo de pacientes a los que se aplica el tratamiento es el indicado, por lo que su uso generalizado no puede ser recomendado. Existe evidencia contradictoria o no relevante para láser de baja intensidad, neurorreflexoterapia, PENS, biofeedback, soportes lumbares, corrientes interferenciales, onda corta, TENS, ultrasonidos. En cualquier caso no se debe utilizar la tracción para tratar el DLC.

Tratamiento farmacológico

Atendiendo a los tratamientos farmacológicos, el paracetamol se muestra efectivo en el control del dolor, pero su uso está limitado a periodos cortos de tiempo. El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se aconseja en todas las guías menos una que afirma que no hay suficiente evidencia de su eficacia¹⁶⁵. Otra opción, son los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina o la nortriptilina, aunque en ambos

casos su eficacia está solo confirmada durante periodos no superiores a tres meses. La última línea de acción son los opioides suaves, cuando el dolor no se puede controlar de otra manera. Las guías que los recomiendan de forma positiva hacen alusión a que los estudios disponibles solo aportan evidencia de intervenciones cortas, por lo que no están registrados los efectos a largo plazo, y por lo tanto solo deberían ser usados en caso de fracaso de las otras terapias, durante periodos cortos de tiempo y en pacientes seleccionados cuidadosamente.

Otras opciones terapéuticas

En cuanto a los remedios naturales: el extracto acuoso de *Harpagophytum procumbens*, la combinación de extracto de *Salix daphnoides* y *Salix purpurea*, y los emplastos de *Capsicum frutescens* tienen un efecto moderado sobre el alivio del dolor. Esta recomendación sólo aparece en una guía.

Existen otras opciones terapéuticas como la infiltración epidural de corticoides en caso de radiculopatía; los relajantes musculares en pacientes con espasmos musculares; y los bloqueos intrarticulares y los bloqueos o neurotomía de la rama medial para pacientes que presentan las articulaciones facetarias como origen claro de su dolor. Las guías no están de acuerdo en la aplicación de estas terapias, por lo que parece que deben de ser utilizadas como opciones terapéuticas siempre y cuando se hayan agotado las demás vías de actuación.

Recomendaciones con bajo nivel de evidencia de aparición en una sola guía

Existen tratamientos con bajo nivel de evidencia (C2 o D) que aparecen en una sola guía y no han sido incluidos en la Tabla 20. Síntesis de recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar crónico. Estos incluyen el uso de toxina botulínica, modificación de factores de riesgo (obesidad/tabaco), balneoterapia, aspirina, termocoagulación intradiscal, terapia electrotérmica intradiscal, estimulación de la médula espinal, estimulación intramuscular, buprenorfina transdérmica y AINE tópico.

4. DISCUSIÓN

4. Discusión

Se ha desarrollado un set de indicadores para medir la calidad del manejo de los pacientes con DCNM. Cuarenta y seis indicadores fueron construidos en base a la evidencia disponible siguiendo las recomendaciones de la literatura actual^{91,103,132,169}. De los 46, seis pertenecen al grupo de manejo general (cualquier condición que curse con dolor crónico y ancianos), y 40 están distribuidos en diferentes grupos de afecciones (Tabla 10). Todos los grupos han tenido indicadores factibles. Todos los indicadores factibles han demostrado una fiabilidad de moderada a alta y han resultado útiles para identificar problemas de calidad.

Adicionalmente, como parte de la investigación se presentan dos revisiones sistemáticas de guías de práctica clínica referentes a la fibromialgia y al dolor lumbar crónico. En ambas revisiones se han identificado puntos en común en cuanto a las recomendaciones de tratamiento, pero también importantes discordancias.

4.1 Piloto de indicadores de calidad del manejo de dolor crónico no maligno.

Desarrollar un set de indicadores de calidad del dolor crónico era una necesidad identificada en el campo del manejo del dolor debido a los cambios en su conceptualización y abordaje^{54,170}. El conjunto de indicadores se ha creado con el objetivo de identificar problemas de calidad y permitir el desarrollo de iniciativas de mejora en el manejo del paciente con dolor crónico.

El set está compuesto por indicadores de proceso, estos tienen la ventaja de que se apegan más fácilmente a medir la calidad real sin necesidad de ajustes. Por otro lado, al ser desarrollados a partir de las recomendaciones de las GPC, directamente presentan la dirección que debe tomar la mejora (buenas prácticas) en caso de que existan problemas de calidad.

El piloto de los indicadores muestra resultados interesantes. Queremos destacar dos hallazgos principales: primero, hemos encontrado que existe, aun, una falta de medición del dolor del paciente, elemento esencial para establecer y ajustar el

tratamiento; y, segundo, el manejo del dolor en los centros evaluados es esencialmente farmacológico, mientras que otras alternativas evidenciadas como el ejercicio físico o la fisioterapia apenas se utilizan.

Hasta la fecha no hemos encontrado un set de indicadores orientados al manejo del DCNM, que tenga en cuenta las afecciones más frecuentes y pueda ser utilizado en todos los niveles de atención. Sin embargo, queremos destacar una iniciativa que ha tenido lugar en nuestro país. En el set propuesto en el documento "Unidad de Tratamiento del Dolor: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad"¹⁷¹ aparecen indicadores relacionados con la organización de la propia unidad, con la consulta (entre los que se incluyen la valoración completa del dolor), y diversas actuaciones en el paciente hospitalizado. Ninguno de estos indicadores hace referencia al tratamiento del dolor, pero si hacen referencia a que se debe implantar la gestión por procesos, donde, potencialmente se desarrollaran indicadores para monitorizar los mismos.

El continuo dilema de la valoración del dolor.

La naturaleza compleja del dolor implica la necesidad de una evaluación exhaustiva y comprensiva para identificar los abordajes correctos de tratamiento¹⁷²; además, un buen registro del dolor permite un adecuado seguimiento y por tanto ajustes del tratamiento. Existe un claro ejemplo de esta barrera al tratamiento en el uso de opioides¹⁷³. Las muertes por abuso, intoxicación y sobredosis involuntaria han aumentado recientemente, principalmente por la falta de control y supervisión del tratamiento¹⁷⁴⁻¹⁷⁶. El registro correcto del dolor es, por lo tanto, esencial al menos en las terapias que dependan de la intensidad del mismo. De acuerdo a nuestros resultados el registro del dolor en pacientes que presentan dolor crónico es muy bajo (subindicador correspondiente a intensidad del dolor del indicador A.1.1). En el indicador A.1.2 vemos el reflejo de la situación comentada anteriormente en nuestro sistema de salud: el manejo del dolor no se realiza en torno a la intensidad del mismo. Así mismo, otros tres indicadores (E.1.4, E.1.5 y D.1.5) no han podido ser medidos por que el tratamiento correcto debía ser adecuado a la intensidad del dolor (que no estaba registrada). Es de sobra conocida en la gestión de calidad que "es imposible

manejar lo que no se mide", por lo que el paso principal en el camino de un mejor control del dolor crónico debe ser comprometernos como profesionales de la salud a valorarlo de forma correcta.

Evidencia e indicadores de calidad en el dolor crónico no maligno

Mientras que hay información exhaustiva de las diferentes condiciones que pueden conducir a la perpetuación del dolor convirtiéndolo en crónico¹⁷⁷, todavía existen muchas barreras relacionadas con su manejo clínico. Los trabajadores sanitarios deben asumir la evidencia disponible en las guías de práctica clínica o promover el desarrollo de sus propios protocolos para asegurar que el tratamiento que ofrecen a sus pacientes está fundamentado. Si las guías y protocolos están correctamente desarrollados, pueden ser una excelente herramienta de ayuda de toma de decisiones clínicas y permiten evitar prácticas inadecuadas. Aunque estos elementos no pueden sustituir el razonamiento clínico y la experiencia de los profesionales, el compromiso de los trabajadores de la salud de trasladar la evidencia a su práctica clínica es una parte esencial de la atención de calidad^{178,179}. Los indicadores de calidad pueden ser una forma de acercar la evidencia a la práctica clínica, ya que ofrecen una herramienta tanto a profesionales de la salud como a gestores para evaluar su práctica y encontrar oportunidades de mejora que lleven a cambios significativos en la atención al paciente.

Actualmente existen pocos indicadores relacionados con el DCNM^{86,180-182}; lo que, dado la amplitud de afecciones que abarca, es sorprendente. Más si lo comparamos con los indicadores de calidad existentes para otras condiciones de salud igual de prevalentes como las enfermedades cardiovasculares o las enfermedades del tracto respiratorio (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>).

Prevalencia de las poblaciones evaluadas y factibilidad de la medición.

Se han encontrado hallazgos relevantes en cuanto a la factibilidad de set. Este es el caso de los casos de los cuatro indicadores de dolor lumbar crónico, que sólo fueron factibles en atención primaria; y tres indicadores referentes a dolor neuropático, que solo fueron factibles en atención secundaria. Aunque estos resultados dependen de muchos factores, creemos que el más relevante es la prevalencia de los casos de

ambas condiciones en los diferentes ámbitos asistenciales, representando el flujo de pacientes en el sistema nacional de salud.

La factibilidad también depende de la calidad de los registros médicos¹⁸³, por lo que la información omitida o equivoca es una limitación en la identificación de casos válidos. Los evaluadores encontraron muchas historias clínicas no presentaban información relacionada con tratamientos no farmacológicos, intensidad del dolor y otros aspectos de la valoración del dolor, como el impacto en las actividades de la vida diaria y comorbilidades. Para la evaluación de la calidad nuestro equipo no ha tenido en cuenta excusas que justifiquen el incumplimiento de los indicadores, lo que se traduce en que el incumplimiento de los indicadores puede ser debido a que en realidad la práctica clínica no se corresponde con la práctica recomendada o a la falta de registro en la historia aunque la práctica se haya llevado a cabo.

La influencia de los factores antes mencionados sugiere que la factibilidad del set de indicadores puede depender del contexto. Otros resultados de factibilidad pueden ser obtenidos en centros que atiendan a los diferentes tipos de pacientes y cuenten con registros médicos exhaustivos y de calidad. De cualquier manera, 33 de los 46 indicadores han resultado factibles y están listos para poder utilizarse.

Abordaje interdisciplinar y compromiso como principios para mejorar el tratamiento del dolor crónico.

Como demanda la situación actual y la trayectoria del sistema de salud actual^{21,22,184} el set de indicadores presentado involucra intervenciones multidisciplinares. El objetivo de la colaboración de los diferentes profesionales debe ser enfrentar el dolor crónico como un problema común para sobreponerse a las barreras que puedan existir en el sistema o por parte del paciente. Esto permite alcanzar estándares de calidad de forma interdisciplinar, es decir, en un grupo de distintos profesionales bien integrados, coordinados y con la misma meta (el paciente)²¹.

Para alcanzar los más altos estándares en el manejo del dolor, es necesario el compromiso por igual de todos los elementos que intervienen en la asistencia sanitaria, desde los proveedores de salud a los gestores del sistema. Los profesionales,

a los cuales se les evalúa su desempeño, tienen la llave para desarrollar y llevar a cabo iniciativas de calidad internas. Por otro lado, los gestores administrativos y de calidad, tiene la función y el deber de apoyar estas iniciativas y trabajar a nivel organizativo para comprometerse con la gestión de calidad en todas sus dimensiones. Recientemente se ha publicado un abordaje sistémico del dolor que puede ser usado como guía¹⁸⁵ para implantar cambios y mejoras en el manejo del dolor en varios niveles. De igual manera el set propuesto puede ser utilizado para monitorizar y comparar resultados a lo largo del tiempo y entre diferentes centros asistenciales o unidades. En el siguiente enlace se pueden encontrar los materiales que acompañan al set de indicadores para realizar su medición y monitorización:

<http://www.um.es/calidadsalud/Indicadores.html>.

Esta necesidad de asistencia interdisciplinar no se refleja en los resultados de los indicadores presentados en este set. Se puede apreciar en el número de indicadores creados a partir de la información de las guías: 15 en relación al manejo farmacológico y 6 relacionados con terapias no farmacológicas; Y también en su cumplimiento: 6 de los 15 indicadores farmacológicos presentan un cumplimiento por encima del 50%, y en cambio todos los indicadores de abordaje no farmacológico muestran menos del 20% de cumplimiento.

4.2 Revisión de guías de práctica clínica de Fibromialgia

En las recomendaciones referentes al abordaje de la fibromialgia, hemos encontrado claves importantes para el manejo del paciente. La evaluación del paciente y su seguimiento son una parte fundamental del abordaje clínico, más aún en la monitorización minuciosa del beneficio y/o efectos secundarios de la farmacoterapia¹⁸⁶. La herramienta FIQ puede tomarse como indicador de la evolución de la enfermedad y éxito de la terapia, pues así es propuesta por las guías. No obstante, no es la única herramienta que pueda servir a tal fin, por lo que es responsabilidad de los profesionales usar aquellas que mejor se adapten al contexto asistencial de sus pacientes.

Los abordajes terapéuticos que deben tomarse con prioridad son las medidas no farmacológicas, donde el ejercicio y el tratamiento cognitivo conductual son los

tratamientos con mayor evidencia y beneficio neto, siempre respetando una aproximación multimodal y reservando el uso de fármacos para episodios de dolor intenso o síntomas no controlados. El deber de los profesionales de la salud debe ser fundamentar su práctica en la evidencia, y ofrecer estos tratamientos se convierte en una correcta decisión clínica. Definir las buenas prácticas para el tratamiento de la FM no es suficiente, el desarrollo y uso de herramientas de implementación y monitorización de estas recomendaciones es una tarea fundamental para conseguir trasladar la evidencia a la práctica. Los indicadores presentados anteriormente pueden servir como punto de partida para medir las recomendaciones esenciales y desarrollar iniciativas de mejora. Las recomendaciones presentadas en esta revisión pueden, de la misma manera, servir para crear nuevos indicadores de calidad.

Las recomendaciones obtenidas en la revisión de GPC relativas a FM confirman la vigencia de las buenas prácticas utilizadas para crear los indicadores referidos a FM.

Brechas de información en las guías de práctica clínica

Dos guías escritas en el año 2011^{153,154} y dos en el 2012^{155,156} presentan entre sí diferencias llamativas en el número, tipo de terapia y redacción de sus recomendaciones, aun estando escritas en el mismo año. Las diferencias en recomendaciones de alto NE entre guías también son importantes. Dos de las guías^{154,156}, una del 2011 y otra del 2012, presentan sólo el 50% de las 22 recomendaciones que en alguna guía han aparecido clasificadas como de alto NE, mientras que una guía publicada anteriormente¹⁵² presenta el 68,18% de las recomendaciones. Éstas deberían aparecer en todas las guías, o al menos tener continuidad en el tiempo una vez están identificadas, ya que la continuidad en la información es esencial para la actualización y formación continuada de los profesionales.

Estos datos ponen en duda el método de creación de las guías. Las GPC están en lo más alto de la pirámide de información⁶⁹; y son la forma de transmitir los resultados de la investigación a los profesionales y de disminuir la variabilidad en la práctica⁷⁴, por lo que es necesario realizarlas con la mejor calidad y exhaustividad posible. Por lo tanto es recomendable, a la hora de desarrollar una guía de práctica clínica, seguir

recomendaciones como las que hace el Institute of Medicine⁷⁴, o seguir como modelo de creación de guías los elementos propuestos por AGREE¹⁸⁸ (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) y por GLIA¹⁸⁹ (Guide Line Implementation Appraisal) para su desarrollo e implementación.

La necesidad de priorizar vías de acción no farmacológicas

Para lograr tratar todos los aspectos de la FM es necesario abordar el tratamiento de forma interdisciplinar, lo que ya se ha demostrado efectivo¹⁹⁰, pero debemos priorizar algunos abordajes frente a otros. Dada la evidencia, se muestra que el tratamiento no farmacológico se afianza como la principal vía de acción en la FM. Así lo recomiendan también los expertos españoles para el tratamiento escalonado del paciente según su grado de afectación, empezando por la información, los consejos de autocuidado, el ejercicio aeróbico –independiente o supervisado– y la terapia cognitivo conductual, e incorporando posteriormente medidas farmacológicas y atención especializada a medida que el paciente empeora o su afectación es mayor¹⁵³. Algunas de estas terapias han demostrado no sólo controlar los síntomas, sino que mejoran la calidad de vida de los pacientes¹⁹¹. En general, presentan pocos riesgos y se pueden mantener indefinidamente en el tiempo, por lo que creemos que se deben priorizar en todos los entornos y niveles asistenciales.

La actual visión de las enfermedades crónicas que incluyen no sólo aspectos biomédicos, sino comportamentales, ha llevado a un cambio de modelo, enfocando el tratamiento y la evaluación desde un punto de vista más biopsicosocial¹⁹². No es de extrañar por lo tanto el auge de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

El modelo biopsicosocial a pesar de llevar tiempo instaurado en el entorno sanitario y científico¹⁹³, parece haber tenido una menor repercusión en la organización y gestión de los sistemas de salud, al igual que la mayoría de los tratamientos no farmacológicos que se han presentado en esta revisión. Esto, junto a la desorganización y la falta de protocolos claros, deja al paciente desamparado frente a la enfermedad¹⁹⁴. Aumentar el número de fisioterapeutas y psicólogos especializados a la red asistencial actual, así como mejorar la integración de éstos con todos los demás profesionales para

conseguir una adecuada interdisciplinaridad, es una necesidad para los pacientes con FM.

Los resultados del piloto de los indicadores reflejan esta situación claramente: no se lleva un control del avance de la enfermedad, sólo el 10% de los pacientes tiene como parte de su tratamiento el ejercicio aeróbico, y en cambio alrededor del 50% tiene tratamiento farmacológico con antidepresivos y pregabalina o Cyclobenzaprina.

Tratamiento farmacológico, un aliado efímero.

Al analizar el tratamiento farmacológico, encontramos que los estudios evaluados por las GPC aportan mayoritariamente resultados a corto plazo; y en ocasiones, incluso con estos periodos breves de tiempo, aparecen efectos secundarios importantes. Esto indica que el uso de farmacoterapia debe ser puntual, para responder a síntomas no controlados o al dolor irruptivo intenso. Según la guía de Association of the Scientific Medical Societies in Germany incluso la amitriptilina, siendo la medicación más usada y estudiada en esta enfermedad, tiene altos efectos secundarios y la calidad metodológica de la evidencia que la soporta es relativamente baja¹⁵⁵. Otros medicamentos, como los antiepilépticos o los antidepresivos, también comparten estos riesgos, y los resultados que ofrecen son, cuando menos, moderados.

Los ISRN como el minalcipran presentan una controversia patente entre las guías. En este hecho puede que influya que la (FDA) de Estados Unidos tenga aprobado este medicamento mientras que en Europa no está aprobado su uso específico para FM. Un reciente metaanálisis muestra que los beneficios del Milnacipran son similares a los de la duloxetina, y presentan un beneficio para el paciente limitado¹⁹⁵. Entre la dos opciones, las guías de práctica clínica optan por la Duloxetina^{154,155}.

Los ISRS, por otro lado, podrían ser útiles para el alivio del dolor –si se usa fluoxetina– y de otros síntomas como la fatiga, depresión, ansiedad o bienestar general –usando fluoxetina o paroxetina–, pero las guías españolas prefieren evitar su recomendación debido al bajo nivel y controvertida de la evidencia^{153,154}. La guía alemana los recomienda, sin distinguir entre un tipo y otro, en una población muy específica de pacientes y por tiempo limitado¹⁵⁵.

En cuanto a los relajantes musculares, los estudios son de baja calidad, y los resultados presentan una efectividad limitada¹⁵⁵. El dilema al usar este tipo de medicación, es la posibilidad de perjudicar el rendimiento del paciente en cuanto al correcto desarrollo del ejercicio físico.

La traba en el tratamiento con opioides es que los estudios actuales sobre su uso se limitan de nuevo a un periodo corto de tiempo¹⁹⁶. El aumento de la mortalidad y la aparición de efectos secundarios importantes debido a distintos factores¹⁷⁶, está creando actualmente un verdadero problema de salud pública en Estados Unidos¹⁷⁵, donde ha proliferado su uso en enfermedades crónicas no malignas. El beneficio de los opioides en la FM no es suficiente como para aceptar los daños colaterales que presentan, en vista de la evidencia actual. Hay otros métodos, con menos efectos secundarios y los mismos o mayores beneficios, que pueden ser útiles y asequibles en el tratamiento de la FM.

4.3 Revisión de guías de práctica clínica de Dolor Lumbar Crónico

El consumo de recursos desorbitado de las patologías crónicas en el Sistema Nacional de Salud justifica ampliamente las iniciativas institucionales y gubernamentales que se están llevando a cabo en España a nivel organizativo^{197,198} respecto al abordaje de las enfermedades crónicas. Claramente se necesita un enfoque desde la gestión de calidad para fomentar, apoyar y potenciar la implantación de modelos como estos, aunque todavía no se conozcan bien cuáles son los factores estructurales facilitadores¹⁹⁹. Proveer a los propios profesionales de herramientas basadas en la evidencia para promover iniciativas internas de mejora de la calidad, podría complementar las estrategias institucionales. Nuestros resultados muestran una variabilidad importante en el contenido de las GPC actuales en dolor lumbar crónico, por lo que ha sido necesario identificar y sintetizar abordajes terapéuticos efectivos. También se ha identificado cierta variabilidad en el método de desarrollo de las guías, sobre todo con respecto a su aplicabilidad e independencia editorial según AGREE II, que puede ser o haber sido origen de barreras al uso y adherencia de estas buenas prácticas.

Las recomendaciones obtenidas en la revisión de GPC relativas a DLC confirman que las buenas prácticas utilizadas para crear los indicadores referidos a DLC son las terapias de elección en el abordaje del DLC.

Definición de dolor lumbar crónico: a qué nos enfrentamos realmente.

El primer punto de controversia que encontramos al hablar de DLC es en cuanto a la etiología del mismo. Esto se refleja en las GPC, pues encontramos que entre las seleccionadas en nuestro estudio cinco hacen referencia a dolor crónico lumbar, en general, y tres hacen referencia a DLC inespecífico. En ocasiones se usa inespecífico como sinónimo de crónico, y aunque su significado no es el mismo, en la práctica puede ser considerado así, pues los dolores lumbares que tienden a cronificarse son aquellos en los que no existe un claro desencadenante del dolor susceptible de ser tratado.

Del mismo modo existen excepciones en las guías; este es el caso de recomendaciones dirigidas a grupos de pacientes con un origen claro del dolor, como serían los problemas de origen facetario o radiculopatías. Aunque en ocasiones se presente un dolor inespecífico sin causa clara, es necesario enfocar nuestros esfuerzos a la identificación de su origen, ya que intentar tratar el DLC como un ente único es tan inapropiado como tratar todo dolor crónico como una sola patología. Como ejemplo, la guía de APTA 2012¹⁶⁸ ofrece tratamientos de terapia manual para distintos grupos de pacientes dentro del DLC. Esta clasificación debe ser un requisito para el desarrollo de futuras guías de práctica clínica, pues la identificación de las terapias más efectivas para los distintos subgrupos de pacientes permitirá aumentar la efectividad de los tratamientos.

En España se ha identificado un uso inadecuado de la historia clínica, la exploración física y las radiografías durante el diagnóstico²⁰⁰, incluso un estudio señala que no se interrogó al paciente por señales de alarma (red flags) en el 50% de los casos de lumbalgia²⁰¹. La identificación en las guías de los subgrupos específicos de pacientes, unido a un esfuerzo de los profesionales por ser más analíticos en la búsqueda de las causas del dolor, parece que se presentará como uno de los próximos retos en el tratamiento del DLC. Ofrecer herramientas a los profesionales para realizar un

correcto diagnóstico, tanto del DLC como de los tipos de dolor, como parte de su formación continua puede ser un gran adelanto en el tratamiento del DLC.

Variabilidad en las guías de práctica clínica, un pacto de mínimos

Aunque los resultados de AGREE II pueden orientarnos sobre ciertos defectos metodológicos de las GPC, no es hasta que hacemos un análisis más pormenorizado que se pueda hablar de la calidad del contenido para un uso práctico. De hecho, una de las limitaciones de la herramienta AGREE II es que no es útil para valorar si las recomendaciones son apropiadas y válidas^{157,158}. Este trabajo evidencia el déficit existente en las guías en cuanto a la exhaustividad de las revisiones que se realizan para localizar la evidencia, ya que como se muestra en la Tabla 19, numerosos tratamientos (20) han sido analizados en menos de 4 guías. Es necesario mejorar por tanto la metodología de la construcción de guías de práctica clínica, para lo que se pueden usar herramientas como los manuales propuestos por NICE⁷⁷, SIGN⁷⁵ o GuiaSalud²⁰², que permitan homogeneizar el desarrollo metodológico de las GPC.

Al realizar el análisis de los niveles de evidencia y fuerza de recomendación de las GPC, se muestran de nuevo bastantes inconsistencias, ya no entre las guías, si no dentro de las mismas. Una incongruencia importante es que las guías, cuando no encuentran evidencia para alguna terapia o la evidencia es muy pobre, hacen una recomendación en contra del uso de esa terapia. Es necesario diferenciar entre que no se puede recomendar el uso de una terapia y una recomendación en contra de su uso, para lo que necesitamos datos que muestren que no es efectivo o que produce efectos secundarios que superan los beneficios que aporta. Si no existe suficiente evidencia para recomendar una terapia se debe continuar investigando en futuros ensayos. En cambio, si recomiendan en contra, da a entender que tenemos suficientes datos para descartar tanto el uso como la futura investigación en ese campo. Aun con esta aclaración, hay que dejar claro que en la práctica clínica no se debe utilizar terapias que no se haya demostrado que valgan para algo. Actualmente, tenemos suficientes herramientas terapéuticas como para improvisar en el manejo de los pacientes. Las terapias incipientes, pueden ser utilizadas en pacientes que no han respondido a ningún otro tipo de abordaje, pero necesitan de un seguimiento y control exhaustivo.

Es difícil identificar la causa de estas inconsistencias, ya que como se ha dicho puede deberse a la interpretación de la evidencia por parte de los autores, pero también a que con el tiempo haya surgido nueva evidencia que clarifique el balance de beneficios, a la exhaustividad de la revisión sistemática y a la variabilidad de los sistemas de gradación de la evidencia usados en las diferentes guías.

Esto que puede suponer un problema a la hora de analizar las diferencias, se convierte en una fortaleza en cuanto a las coincidencias. Las terapias con recomendaciones positivas y constantes en las guías han mostrado una consistencia temporal y que salva las diferencias metodológicas de las guías. Nos permite identificar el ejercicio, el enfoque multidisciplinar, la escuela de espalda, el uso de opioides y los antidepresivos (estos dos últimos con limitaciones), como terapias fiables en el manejo del dolor crónico lumbar.

Evidencia y práctica clínica, una relación tormentosa.

Las recomendaciones terapéuticas de elección de las GPC analizadas no han sufrido cambios sustanciales a lo largo de los últimos años aunque la práctica clínica está lejos de seguir estas recomendaciones^{201,203}, incurriendo en el abuso de fármacos y técnicas que no tienen una utilidad demostrada en el DLC. Es necesario por tanto fomentar el uso de GPC (o protocolos basados en evidencia) realizados de manera estandarizada y adecuada, dentro del sistema sanitario, con el objetivo de tener una fuente de información fiable de la que partan las decisiones clínicas. De esta forma, se evita no sólo un exceso de costes económicos y sociales, sino complicaciones que pueden derivar del abuso y/o adicción a fármacos, así como cirugías y pruebas diagnósticas innecesarias.

El resultado de cumplimiento del set de indicadores ha expuesto el bajo cumplimiento de recomendaciones similares a las expuestas en esta revisión en el tratamiento del DLC. De cinco los 5 indicadores referentes a DLC, sólo uno tiene un cumplimiento aceptable, el referente al tratamiento farmacológico (66%); los indicadores que hacen referencia a educación, ejercicio y terapia cognitivo-comportamental tienen un cumplimiento (IC 95% exacto binomial) de 0% (0-21,8), 6,67%(0,17-37,95) y 0% (0-

21,8) respectivamente, cuando estas recomendaciones son prioritarias según los resultados de esta revisión.

Tratamiento no farmacológico

En cuanto a las dos recomendaciones más efectivas para tratar el DLC, encontramos importantes barreras en cuanto a su traslado a la práctica, aunque pocas diferencias entre las guías. En el ejercicio debemos implicar al paciente en su recuperación de forma activa. Utilizar estrategias para mantener la adherencia en caso de que el ejercicio se realice en casa, y tener en cuenta las preferencias del paciente en cuanto al tipo de ejercicio, son elementos necesarios para obtener mejores resultados²⁰⁴. Es recomendable que este ejercicio sea realizado bajo supervisión de un fisioterapeuta, debido al amplio rango de intervenciones disponibles (fuerza, resistencia, coordinación, etc.), por lo que seleccionar la indicada para cada paciente es esencial para el éxito del tratamiento. Otras barreras sociales o ambientales que el paciente perciba de forma individual también deben ser tenidas en cuenta a la hora de programar el ejercicio²⁰⁵.

La escuela de espalda incluye explicaciones de las posibles causas del dolor lumbar, anatomía y mecanismos del dolor; además se realizan ejercicios de diversa índole, dependiendo de las necesidades de los pacientes, y también incluyen consejos sobre higiene postural. Estos tres pilares forman la base de los programas de escuela de espalda, pero no está claramente definido su contenido, la forma de aplicarlo y en qué medida²⁰⁶. En una reciente revisión²⁰⁷ se han mostrado las diferencias en las herramientas de educación (consejos, vídeos, folletos, etc.) en pacientes con dolor lumbar. En el caso del dolor crónico, recomiendan información que disminuya el miedo y la ansiedad, y fomente el autocuidado, ya que mejora el pronóstico de la enfermedad. En cuanto a contenido, también se han identificado varios materiales que han sido validados²⁰⁷, pero no se han comparado entre sí, ni hay ninguno superior al resto. La escuela de espalda puede ser una forma de integrar el tratamiento de forma interdisciplinar y multimodal verdaderamente centrado en el paciente.

Otras terapias como la acupuntura, el masaje, la manipulación y la movilización, presentan otra importante barrera. A pesar de que su uso está recomendado en

algunas guías, no está regulado completamente en España, por lo que su aplicación se puede realizar por personas con muy diferentes cualificaciones, y esto limita el éxito del tratamiento lo suficiente para no recomendar su uso generalizado²⁰⁸. Se necesita mayor regulación e investigación de este tipo de terapias, pero se debe tener en cuenta que ya existen tratamientos con efectividad demostrada, y es prioritario invertir esfuerzos en promover su implementación en el sistema sanitario y mejorar la accesibilidad

Las 3 limitaciones de los fármacos: duración, efecto y riesgo.

El tratamiento farmacológico está muy limitado temporalmente, sus beneficios no son superiores a los de los tratamientos no farmacológicos (ejercicio y escuela de espalda), y en cambio sus efectos secundarios sí son mayores. El mayor inconveniente es el uso crónico de medicaciones que pueden dar lugar a efectos adversos importantes. El uso continuado de AINEs y/o paracetamol puede dar lugar a problemas gastrointestinales o toxicidad renal, por lo que deben usarse con moderación, de forma controlada y por cortos periodos de tiempo (menos de 3 meses)^{165,166}. Cuando estos tratamientos fallan en el control del dolor se puede recurrir a antidepresivos tricíclicos (a baja dosis), pero al igual que en el caso anterior estamos ante medicación que no puede mantenerse durante largos periodos. Las opciones más recomendables para el uso de la farmacoterapia son los episodios de agudización del dolor, y como coadyuvante a las terapias en el inicio del control del dolor, retirándose tan pronto como se consoliden los efectos de las terapias no farmacológicas de elección.

Opioides en dolor crónico lumbar, un difícil aliado.

Un caso especial es el de los opioides, están considerados como el último recurso farmacológico en el tratamiento del dolor crónico lumbar y sólo en caso de que todos los demás tratamientos hayan fracasado, dado los importantes efectos secundarios que presenta^{161,162,164-167}. Así como los opioides han tenido un importante papel en el tratamiento de pacientes con dolor de origen oncológico, el uso crónico de opioides no hace sino disminuir la calidad de vida de los pacientes con DCNM e incluso puede causar la muerte. Actualmente en Estados Unidos el abuso de opioides prescritos para el tratamiento de dolores crónicos no malignos supone un verdadero problema de

salud^{174,209}, excediendo las 15.000 muertes al año. El inconveniente del uso de los opioides es que los estudios realizados no duran más de tres meses^{165–167,210}, lo que limita de forma importante su aplicación clínica. El uso de opioides requiere planificar estrategias de titulación, destete y control, pactadas con el paciente a fin de evitar, en la medida de lo posible, los efectos secundarios y ofrecer una asistencia respetuosa con sus necesidades y expectativas.

4.4 LIMITACIONES Y FORTALEZAS

4.4.1 Piloto de indicadores de calidad del manejo de dolor crónico no maligno.

La limitación principal presentada que se ha identificado es que los indicadores parecen ser dependientes del contexto donde son medidos. Son necesarios diferentes test en otros centros asistenciales para probar la utilidad completa del set, sobre todo si se pretenden utilizar los indicadores para comparar la calidad del manejo del dolor de diferentes centros y establecer estándares de buenas prácticas. En cambio el set ha demostrado ser útil para identificar la falta de adherencia a las buenas prácticas en el manejo del dolor crónico, identificando numerosas oportunidades de mejora. De acuerdo a la factibilidad el set, este ha sido pilotado en español, pero actualmente se encuentra disponible en inglés: <http://www.um.es/calidadsalud/herramientas.html> para que pueda ser pilotado fuera de España.

Se decidió desarrollar el set de indicadores utilizando un abordaje estandarizado, rigurosos y respaldado por la literatura existente^{91,103,132,169}, para asegurar una alta calidad metodológica con el fin de obtener resultados sólidos. Pero la metodología para el desarrollo de indicadores no es única^{127–129}, y podría haber aspectos metodológicos, como por ejemplo la participación de los pacientes, que no se tuvieron en cuenta. También, se podrían haber añadido al set más patologías de las que están actualmente, pero se tuvieron en cuenta las más prevalentes para asegurar que el set pueda ser medido en diferentes ámbitos. Sin embargo, una fortaleza que se puede atribuir a la construcción es la participación de un equipo multidisciplinar, que asegura

la aceptación de los resultados por diferentes instituciones y organizaciones encargadas del manejo del dolor crónico.

4.4.2 Revisión de guías de práctica clínica de Fibromialgia

Las recomendaciones realizadas en esta revisión están limitadas por la calidad y exhaustividad de las guías analizadas. Existen limitaciones en cuanto a la información reportada por las GPC, ya que en algunas se ha tomado en cuenta si los medicamentos están aprobados/comercializados en el país al que pertenece la guía a la hora de establecer los NE y FR^{154,155}. Nuestras recomendaciones resumen los aspectos clave de las guías recogidas en esta revisión sistemática y no pretenden sustituir el juicio clínico de los profesionales, sino orientar en los aspectos más relevantes del manejo de esta enfermedad.

Cabe señalar que una guía aborda el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de FM infantil¹⁵⁵, y concluye que no existen unos criterios válidos y estandarizados para diagnosticar la FM en niños, exponiendo procesos terapéuticos basados en el consenso de expertos, debido a la falta de evidencia sólida. Por lo demás no se ha obtenido información suficiente para emitir recomendaciones respecto a la fibromialgia infantil

4.4.3 Revisión de guías de práctica clínica de Dolor Lumbar Crónico

Una limitación común a ambas revisiones de GPC es usar nuestro propio sistema de gradación de la evidencia; esto puede suponer una limitación a la hora de interpretar los resultados. La decisión de utilizar este sistema de gradación se debe a que el presente trabajo está enmarcado dentro del proyecto de creación de los indiadores, en el que se desarrolló dicho sistema como una necesidad para la homogenización de escalas durante la fase de desarrollo de indicadores. La principal razón de usarlo frente a otros sistemas más expandidos resulta de la falta de unanimidad de estos y las diferentes limitaciones que presentaban. En el caso del más difundido (GRADE)²¹¹, por ejemplo, consume mucho tiempo y recursos, reduciendo la viabilidad de la evaluación del contenido de múltiples GPC, si bien es considerado el más riguroso y aceptado internacionalmente.

En cuanto al DLC, nuestro trabajo complementa y/o amplía el trabajo de otros autores que han revisado en el tema²¹² y otras herramientas de toma de decisiones clínicas como UpToDate o Clinical Evidence, ya que ofrece una visión global, intuitiva y accesible del abordaje del DLC. La comparación de las recomendaciones entre las diferentes guías y el análisis de la consistencia de cada recomendación para una síntesis final facilita la adquisición de información confiable por parte de los usuarios de esta publicación para un abordaje integral que, en nuestro conocimiento, no se había realizado antes.

4.5. IMPLICACIONES PARA EL FUTURO

4.5.1 Implicaciones para la investigación

Como queda reflejado en el marco teórico propuesto por Pedro Saturno²¹³, en esta tesis se aborda una herramienta de monitorización de la calidad y la revisión de unas herramientas incluidas en el diseño de la calidad como son las GPC. Siguiendo esta línea de pensamiento vemos que la actividad de calidad que no se ha realizado en este trabajo es desarrollar ciclos de mejora utilizando estos indicadores como elementos de medición y comprobando que sirven para evaluar el grado de implementación o adherencia a las buenas prácticas, así como realizar intervenciones para implementar y trasladar a la práctica esta evidencia.

Al igual que las GPC y otros instrumentos basados en evidencia, idealmente los indicadores deben mantenerse actualizados. Actualmente estos indicadores se han actualizado con una nueva búsqueda de literatura realizada hasta finales de 2014. A continuación se detalla la actualización:

1. Se realizó una búsqueda con los mismos términos y límites del 01/01/2011 al 31/12/2014:

- Se utilizaron las bases de datos de Pubmed, Cochrane y NGCH (National Guideline Clearinghouse)
- La primera búsqueda se orientó al dolor crónico y se realizaron búsquedas adicionales por cada tipo de dolor incluido.

- Se seleccionaron los documentos que fueran revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías relacionadas con el manejo del dolor crónico.
2. De las revisiones y metaanálisis se extrajeron los resultados y conclusiones principales.
3. En las GPC se identificó:
- si hay algún documento que señale los cambios en la guía en caso que sea una actualización.
 - Si no existe este documento, se identificaron las recomendaciones principales presentadas en la guía.
4. Estas conclusiones y recomendaciones se compararon con los indicadores de DCNM.
- Si las revisiones o GPC encontrados coincidían con el indicador, los artículos se añadieron a la bibliografía.
 - Si las revisiones o GPC contradecían al indicador, se realizaron las correcciones necesarias en caso de ser posible. Si los cambios son tan sustanciales como para invalidar el indicador, este se retiraría del set.
 - En caso de que las recomendaciones de las revisiones o GPC de la búsqueda no coincidiesen con ningún indicador, no se incluirían. Si hay alguna recomendación no incluida como indicador que se repita muchas veces, se realizará un comentario sobre la necesidad futura de construir indicadores relevantes para esta recomendación.

En la Tabla 21. Resultados de las búsquedas y bibliografía revisada en la actualización del set de indicadores. se muestran los resultados de las búsquedas de 2011 a 2014 y los cambios producidos por apartados. Las fichas de indicadores que se encuentran en el

7.2 ANEXO II. Fichas estandarizadas de indicadores DCNMson las que se han actualizado con la información de la revisión.

Tabla 21. Resultados de las búsquedas y bibliografía revisada en la actualización del set de indicadores.

	PUBMed	Cochrane	NGCH	Búsqueda Informal
General				
Resultados de la búsqueda	5	26	182	0
Seleccionados para revisión	1	1	6	0
• 2 artículos no aporta cambios a recomendaciones. • 1 artículo añadido como referencia, complementado la información ya disponible. • 3 GPC no presentan NE/FR por lo que no pueden ser incluidas. • Una GPS solo orientada a condiciones de dolor en trabajadores (que suponen pérdida de días de trabajo).				
Cefaleas				
Resultados de la búsqueda	16	7	23	0
Seleccionados para revisión	3	4	3	0
• 2 no aplican a nuestros indicadores • 1 artículo sólo está orientado a adolescentes • 3 artículos no aportan nada nuevo. • 1 Artículo señala que la Gabapentina no es eficaz para tratar migraña episódica; y que no hay estudios referentes a la Pregabalina. Se ha añadido esta información a las fichas técnicas. • 3 artículos refuerzan las buenas prácticas de los indicadores existentes. Se han añadido como bibliografía				
Dolor pélvico Crónico				
Resultados de la búsqueda	1	0	28	2
Seleccionados para revisión	1	0	1	2
• 1 GPC no presenta recomendaciones con NE/FR, y además no son claras. • 2 GPC han sido actualizadas, pero no presentan cambios relevantes				
Lumbalgia Crónica Inespecífica				
Resultados de la búsqueda	10	0	40	7
Seleccionados para revisión	5	0	3	7
• 1 artículo presenta resultados no concluyentes • 2 artículos no aporta nada a nuestros indicadores • 1 GPC no especifica el tipo de lumbalgia y está solo orientada a condiciones de dolor en trabajadores (que suponen pérdida de días de trabajo) • 3 artículos refuerzan nuestros resultados y se han incluido como bibliografía				
Osteoartritis				
Resultados de la búsqueda	26	2	19	1
Seleccionados para revisión	11	2	3	1
• 1 GPC con recomendaciones poco claras • 1 artículo con resultados no concluyentes para emitir recomendaciones • 1 artículo no aporta nada a nuestros indicadores (tema no relacionado con buenas prácticas). • 1 GPC mezcla pacientes con diversas patologías • 5 artículos confirman nuestros indicadores (añadidos a la bibliografía)				

Artritis Reumatoide				
Resultados de la búsqueda	5	1	26	0
Seleccionados para revisión	2	1	2	0
• 3 artículos presentan resultados no concluyentes para emitir recomendaciones • 1 GPC con recomendaciones poco claras • 1 confirman nuestros indicadores (añadido a la bibliografía)				
Fibromialgia				
Resultados de la búsqueda	5	1	6	0
Seleccionados para revisión	4	0	0	0
• 1 GPC incluye dolor crónico maligno • 1 artículo no aporta nada a nuestros indicadores • 2 artículos confirman nuestros indicadores (añadido a la bibliografía)				
Dolor Neuropático				
Resultados de la búsqueda	7	0	20	0
Seleccionados para revisión	3	0	1	0
• 1 artículo no incluido en nuestros indicadores • 1 artículo confirman nuestros indicadores (añadido a la bibliografía) • 1 artículo aporta cambios en la utilización de LAMOTRIGNINA (posible nuevo indicador de prácticas no deseadas). Se ha añadido esta información a las fichas técnicas. • 1 artículo aporta cambios en el uso de fármacos. Se ha añadido esta información a las fichas técnicas.				

En cuanto a las GPC hay que destacar que las incongruencias como las vistas entre el número y el nivel de evidencia de las recomendaciones de las distintas guías no son aceptables. Dados los resultados mostrados en esta revisión, parece necesario estandarizar el método de desarrollo de GPC. Es necesario tener en cuenta el trabajo realizado por otros autores para ser eficientes y congruentes en la información que se aporta a la comunidad sanitaria. Es inadmisibles que en la era de la información y con las herramientas de estandarización metodológica existentes ^{75,77,202}, haya tanta diferencia de contenido en las guías analizadas en esta tesis. No es necesario resolver el mismo problema varias veces; dado que existen GPC desarrolladas, se pueden adaptar a cada entorno o realidad asistencial, complementar o actualizar, ahorrando mucho esfuerzo y disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica.

4.5.2. Implicaciones en la continuidad del proyecto

Un punto relevante para la continuación del uso del set es reproducir el pilotaje en diferentes centros y realidades asistenciales para testar primero la factibilidad de los indicadores que no se han podido medir, y después comprobar que el resto de

indicadores son fiables y útiles en otros ámbitos. Igualmente la mejora continua de los registros médicos en los centros asistenciales puede suponer una mejora muy relevante, ya no sólo para la medición del manejo del dolor crónico, si no para la calidad en general^{214,215}.

En esta línea, el set de indicadores captó la atención de La plataforma europea Impacto Social del Dolor (Societal Impact of Pain - SIP)²¹⁶, y se comenzó con el desarrollo de una propuesta de medición a nivel Europeo, siguiendo una metodología similar utilizando nuestros indicadores como base del proyecto (<https://www.sip-platform.eu/press/press-activities-by-topic/sip-2013.html>)²¹⁷. Durante diferentes reuniones se definió una lista de indicadores como punto de partida para la definición y formulación posterior de indicadores de calidad para el tratamiento de pacientes con DCNM. Esta lista partía de los indicadores propuestos en esta tesis. Desgraciadamente, por falta de entendimiento de los diferentes participantes en las subsiguientes reuniones no se llegó a consenso y los indicadores no se llegaron a implantar. La falta de entendimiento creemos que partió de que la base del lenguaje sobre calidad y los marcos teóricos de los que se partían no eran comunes.

5. CONCLUSIONES

5. Conclusiones

5.1 Piloto de indicadores de calidad del manejo de dolor crónico no maligno.

El set creado cubre la necesidad existente de medidas del manejo del dolor crónico no maligno que puedan informar sobre el estado actual de la práctica clínica.

La revisión y sistematización de la evidencia científica ha permitido la extracción de 100 recomendaciones de buenas prácticas en el manejo del dolor crónico no maligno, que sirvieron de base para la elaboración 46 indicadores de calidad.

Los resultados de factibilidad han demostrado que es posible la evaluación y uso de los indicadores tanto en centros hospitalarios como centros de salud.

Todos los indicadores factibles han resultado fiables. Cuatro indicadores presentan una fiabilidad moderada (κ entre 0.56 y 0.59) y el resto tienen una fiabilidad entre buena y muy buena ($\kappa > 0.6$).

Los resultados de cumplimiento muestran que no se están llevando a cabo en las prácticas recomendadas en la evidencia. Sólo 4 indicadores, referentes principalmente al abordaje farmacológico, obtuvieron valores por encima del 60%. En cambio los peores resultados se han obtenido en indicadores relacionados con el abordaje no farmacológico y la valoración del dolor.

La valoración de los expertos de otras CCAA ha puesto de manifiesto que la práctica totalidad de indicadores presentaban un interés alto o muy alto (puntuación media ≥ 3). Sólo 2 obtuvieron una valoración menor de tres (< 3), incluyendo uno de medición no factible.

El set de indicadores ha resultado factible, fiable y útil, con la capacidad para servir de punto de partida para desarrollar iniciativas de calidad en el manejo del dolor crónico no maligno.

5.2 Revisión de guías de práctica clínica de Fibromialgia

La variabilidad en las guías de práctica clínica existentes en fibromialgia, tanto en número como calidad de las recomendaciones, sigue haciendo necesarios trabajos de revisión y síntesis como el presente.

A pesar de estas diferencias, existen determinadas recomendaciones efectivas en el abordaje de la FM que han sido sintetizadas en este trabajo, facilitando el acceso a las mejores prácticas.

Los abordajes terapéuticos más recomendados son medidas no farmacológicas. El ejercicio y el tratamiento cognitivo conductual son los tratamientos con mayor evidencia. La aproximación multimodal es un elemento que favorece ampliamente el éxito de la terapia. El uso de fármacos debe estar bajo seguimiento y puede reservarse para episodios de dolor intenso o síntomas no controlados.

Los resultado del piloto de los indicadores muestran que el ejercicio, siendo la recomendación más indicada para el tratamiento de estos pacientes, no se está prescribiendo a los pacientes con fibromialgia, sólo en el 10% de los casos. El tratamiento farmacológico se ha recetado de forma correcta al 46% de los pacientes.

5.3 Revisión de guías de práctica clínica de Dolor Lumbar Crónico

Las guías de práctica clínica analizadas en esta revisión ofrecen resultados similares sobre los principales tratamientos para el dolor lumbar crónico. Se ha expuesto un resumen de los tratamientos disponibles para el manejo del dolor lumbar crónico, de forma estructurada, para facilitar su consulta y uso.

El ejercicio y la escuela de espalda establecen la base del tratamiento no farmacológico aportando la evidencia más sólida, además de menor incidencia de efectos secundarios. Los dos indicadores pilotados que responden a estas recomendaciones se cumplen en menos del 7 % de los casos.

El tratamiento farmacológico se perfila como un recurso para controlar el dolor durante un corto periodo de tiempo, debiendo planificar estrategias que controlen sus

efectos a largo plazo y se realice un seguimiento correcto. El tratamiento farmacológico adecuado evaluado en el piloto de indicadores muestra que este se realiza correctamente en el 66% de los casos.

6. REFERENCIAS

6. Referencias

1. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin.* 2011 Feb;27(2):449–62.
2. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health.* 2011 Jan;11:770.
3. Lohman D, Schleifer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med.* 2010 Jan;8(1):8.
4. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg.* 2007 Jul;105(1):205–21.
5. International Association for the Study of Pain. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 18]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
6. Merskey H, Bogduk (Eds) N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Second Edi. IASP PRESS, editor. IASP Press. Seattle; 1994. i-xvi.
7. NCBI. Chronic Pain - MeSH - NCBI [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=chronic+pain>
8. Kowal J, Wilson KG, McWilliams LA, Péloquin K, Duong D. Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence, and predictors. *Pain.* 2012;153(8):1735–41.
9. Phillips CJ. The Cost and Burden of Chronic Pain. Vol. 3, *British Journal of Pain.* 2009. p. 2–5.
10. Jackson TP, Sutton Stable V, McQueen K. The Global Burden of Chronic Pain.

Am Soc Anesthesiol. 2014;78(6).

11. Hunt SP, Mantyh PW. The molecular dynamics of pain control. *Nat Rev Neurosci*. 2001 Feb;2(2):83–91.
12. Phillips K, Clauw DJ. Central pain mechanisms in chronic pain states--maybe it is all in their head. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011 Apr;25(2):141–54.
13. Hansen GR, Streltzer J. The psychology of pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2005 May;23(2):339–48.
14. Watkinson P, Wood AM, Lloyd DM, Brown GDA. Pain ratings reflect cognitive context: a range frequency model of pain perception. *Pain*. 2013 May;154(5):743–9.
15. Rollman GB. Psychophysical Approaches to Cognition. *Advances in Psychology*. Elsevier; 1992. 515-574 p. (Advances in Psychology; vol. 92).
16. McCracken LM. Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*. 2005 Jan;113(1–2):155–9.
17. Descalzi G, Ikegami D, Ushijima T, Nestler EJ, Zachariou V, Narita M. Epigenetic mechanisms of chronic pain. *Trends Neurosci*. 2015 Mar 9;38(4):237–46.
18. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*. 2011 Jun 25;377(9784):2226–35.
19. O'Connor AB, Dworkin RH. Clinical Trial Design for Chronic Pain Treatments. In: *Evidence-Based Chronic Pain Management*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2010. p. 14–30.
20. Moore A, Derry S. Why Evidence Matters. In: *Evidence-Based Chronic Pain Management*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2010. p. 1–13.
21. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *Am Psychol*. 2014 Jan;69(2):119–30.

22. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 May 1;47(5):670–8.
23. Phillips CJ. Economic burden of chronic pain. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2006;6(5):591–601.
24. Raftery MN, Ryan P, Normand C, Murphy AW, De La Harpe D, McGuire BE. The economic cost of chronic noncancer pain in Ireland: Results from the PRIME study, part 2. *J Pain*. 2012;13(2):139–45.
25. National Research Council, Institute of Medicine. *Musculoskeletal Disorders and the Workplace*. National Academies Press (US); 2001.
26. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000 Jan;84(1):95–103.
27. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003 Oct 11;362(9391):1225–30.
28. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal." *Rev la Soc Española del Dolor*. 2014 Feb;21(1):16–22.
29. Servicio Madrileño De Salud. *Estrategia de Seguridad del Paciente*. Madrid; 2015.
30. Farjas P. *ESTRATEGIA SERGAS 2014 CONSELLEIRA DE SANIDAD*.
31. Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. *Plan de Salud de Cataluña 2011-2015*. Barcelona; 2012.
32. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. *plan andaluz de atención a las personas con dolor*. Sevilla; 2010. 81 p.
33. Sala de prensa Plataforma SinDOLOR. Especialistas debaten sobre "El abordaje del dolor en el sistema sanitario español", en el marco del V Encuentro

- Interautonómico [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 11]. p. 1. Available from: http://www.plataformasindolor.com/grt-plataforma-sindolor/Plataforma_SinDolor/Plataforma_SinDOLOR/Sala_de_Prensa/es_ES/300400214.jsp?listItemID=323200571&listID=300400217&customDisplayTemplatePath=/grt-web/WEB-INF/templates/includes/presslist/press_news.j
34. Bhatnagar S. Need of evidence-based practice in chronic pain. *Indian J Palliat Care*. 2012 Sep;18(3):147–8.
 35. Mazur V, Chahraoui K. Psychopathologie des demandeurs d’asile accueillis en République slovaque. Étude portant sur 40 requérants. *Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr*. 2011 Dec;169(10):621–6.
 36. Junquera LM, Baladrón J, Albertos JM, Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac*. 2003;25(5):265–72.
 37. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn’t. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71–2.
 38. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Jan;(149):1–69.
 39. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001 Nov 28;286(20):2578–85.
 40. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O’Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2009 Jan;(2):CD003030.
 41. National Institute for Health and Clinical Excellence. How to change practice [Internet]. National Institute for Health and Clinical Excellence, editor. London; 2007 [cited 2016 Dec 10]. p. 1–46. Available from: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice->

42. De Smedt A, Buyl R, Nyssen M. Evidence-based practice in primary health care. *Stud Health Technol Inform*. 2006 Jan;124:651–6.
43. Mazmanian PE. Continuing Medical Education Effect on Clinical Outcomes. *CHEST J*. 2009 Mar 1;135(3_suppl):49S.
44. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2003 Jan;(3):CD000259.
45. Buntinx F, Winkens R, Grol R, Knottnerus JA. Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders. A review. *Fam Pract*. 1993 Jun;10(2):219–28.
46. Cohen PA, Dacanay LS. Computer-Based Instruction and Health Professions Education: A Meta-Analysis of Outcomes. *Eval Health Prof*. 1992 Sep 1;15(3):259–81.
47. Sulch D, Kalra L. Integrated care pathways in stroke management. *Age Ageing*. 2000 Jul;29(4):349–52.
48. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane database Syst Rev*. 2000 Jan;(2):CD000072.
49. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*. 1998 Sep;12(5):317–32.
50. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane database Syst Rev*. 2002 Jan;(1):CD000389.
51. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care*. 2000 Apr;12(2):133–42.

52. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2000 Jan;(2):CD000125.
53. Donabedian A. Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad. *Rev Calid Asist*. 2001;16(Suplemento 01):S68–78.
54. Garg R, Joshi S, Mishra S, Bhatnagar S, Joshi S, Mishra S. Evidence based practice of chronic pain. *Indian J Palliat Care*. 2012 Sep;18(3):155–61.
55. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Bengoa R, Kavar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P, editors. Geneva: World Health Organization; 2006. 38 p.
56. Hartmann CW, Meterko M, Zhao S, Palmer JA, Berlowitz D. Validation of a Novel Safety Climate Instrument in VHA Nursing Homes. *Med Care Res Rev*. 2013 Aug;70(4):400–17.
57. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001. 360 p.
58. Saturno PJ. Qué es y para qué sirve un programa de Gestión de Calidad. In: *Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.
59. Saturno PJ. Gestión de calidad. Concepto y componentes de un programa de gestión de la calidad. In: *Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud*. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
60. Institute of Medicine (IOM). Envisioning the national health care quality report. Hurtado M, Swift E, Corrigan J, editors. Washington, DC: National Academies Press; 2001. 256 p.
61. Saturno P, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en la atención primaria: experiencias en el marco de la cooperación ibérica : diseño de los proyectos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica;

1990. 114 p.

62. World Health Organization, Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Bengoa R, Kavar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P, editors. Geneva: World Health Organization; 2006. 38 p.
63. Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calid Asist.* 1998;13:437–43.
64. Mossialos E, Permanand G, Baetenand R, Hervey T. Ch01 Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. In: Press CU, editor. *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy.* World Health Organization; 2010.
65. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. *J Qual Assur.* 1991 Jan;13(1):10–3.
66. Hicks L, Nininger J. A GUIDE TO DEVELOPING AND ASSESSING A QUALITY PLAN For Healthcare Organizations An Initiative of The Collaborative for Excellence in Healthcare Quality. 2012.
67. European Foundation for Quality Management., International Organization for Standardization. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care.* 2000 Jun;12(3):169–75.
68. Jaafari-pooyan E. Potential pros and cons of external healthcare performance evaluation systems: real-life perspectives on Iranian hospital evaluation and accreditation program. *Int J Heal policy Manag.* 2014 Sep;3(4):191–8.
69. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evid Based Med.* 2006 Dec 1;11(6):162–4.

70. Saturno P. Protocolización de actividades. guías de práctica clínica, concepto y características. In: Murcia U de, editor. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia; 2008.
71. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. Genova: World Health Organization press; 2012.
72. Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. J Clin Epidemiol. 2007 Jun;60(6):540–6.
73. Eslava-Schmalbach J, Sandoval-Vargas G, Mosquera P. Incorporating equity into developing and implementing for evidence-based clinical practice guidelines. Vol. 13, Revista de Salud Pública. 2011. p. 339–51.
74. Institute of Medicine, IOM. Clinical practice guidelines we can trust. National Academy of Sciences, editor. Washington, DC: The National Academies Press; 2011. 266 p.
75. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50. A guideline developer's handbook. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, editor. Edinburgo; 2011.
76. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, Wees P van der. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. Ann Intern Med. 2012 Apr 3;156(7):525.
77. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual. National Institute for Health and Clinical Excellence, editor. London; 2012.
78. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 12]. Available from: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/
79. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007 Jan;7:10.

80. Olivo SA, Macedo LG, Gadotti IC, Fuentes J, Stanton T, Magee DJ. Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther.* 2008 Feb;88(2):156–75.
81. Treweek S, Oxman AD, Alderson P, Bossuyt PM, Brandt L, Brožek J, et al. Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence (DECIDE): protocol and preliminary results. *Implement Sci.* 2013 Jan;8:6.
82. Consorcio AGREE. El Instrumento AGREE II Versión electrónica [Internet]. Guíasalud. 2009 [cited 2015 Jan 29]. Available from: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
83. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Can Med Assoc J.* 2010 May 31;182(10):1045–52.
84. Kumar N. WHO Normative Guidelines on Pain Management. Geneva; 2007.
85. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology.* 2010 Apr;112(4):810–33.
86. ICSI (Institute for Clinical System Improvement). Assessment and Management of Chronic Pain Health Care Guideline : Assessment and Management of Chronic Pain. Icsi. 2013;(November).
87. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain. 2013;(December).
88. Guyatt GH. Practitioners of evidence based care. *BMJ.* 2000 Apr 8;320(7240):954–5.

89. Gordon DB, Dahl JL. Quality improvement challenges in pain management. *Pain*. 2004 Jan;107(1-2):1-4.
90. Klazinga N, Stronks K, Delnoij D, Verhoeff A. Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *Int J Qual Health Care*. 2001 Dec;13(6):433-8.
91. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003 Dec;15(6):523-30.
92. Saturno PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. In: Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. 1ª Edición. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
93. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
94. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press Inc; 2002. 240 p.
95. Saturno PJ, Martinez-Nicolas I, Robles-Garcia IS, López-Soriano F, Angel-García D. Development and pilot test of a new set of good practice indicators for chronic cancer pain management. *Eur J Pain*. 2014 Jan;19(1):28-38.
96. Saturno Hernández P, Saturno PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. In: Universidad de Murcia, editor. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. 1ª Edición. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
97. Peña A, Virk SS, Shewchuk RM, Allison JJ, Williams OD, Kiefe CI. Validity versus feasibility for quality of care indicators: expert panel results from the MI-Plus study. *Int J Qual Health Care*. 2010 Jun 1;22(3):201-9.
98. Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon K, Burke M, Barber A, Lester HE. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality

- indicators for the UK quality and outcomes framework. *BMC Fam Pract.* 2011 Jan;12:85.
99. Saturno PJ. Diseño de estudios de nivel de calidad y la investigación de causas. Componentes de una evaluación. In: *Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud*. 1ª Edición. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
 100. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care.* 2001 Dec;13(6):469–74.
 101. Chin MH, Muramatsu N. What is the quality of quality of medical care measures? Rashomon-like relativism and real-world applications. *Perspect Biol Med.* 2003 Jan;46(1):5-20-23.
 102. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care.* 2001 Dec;13(6):475–80.
 103. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *Int J Qual Health Care.* 2003 Dec;15 Suppl 1:i5-11.
 104. Gøtzsche P. *Rational Diagnosis and Treatment: Evidence-Based Clinical Decision-Making.* 4th Editio. Chichester, England, England: John Wiley and Sons Ltd; 2007. 244 p.
 105. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas [Internet]. 2004 [cited 2014 Mar 16]. Available from: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/>
 106. López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández S. Medidas de concordancia: el índice Kappa [Internet]. *CAD ATEN PRIMARIA* 1999; 6: 169-171. 2010 [cited 2014 Mar 16]. Available from: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/>
 107. Palmer RH. Using health outcomes data to compare plans, networks and providers. *Int J Qual Health Care.* 1998 Dec;10(6):477–83.
 108. Albert JM, Das P. Quality assessment in oncology. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*

2012 Jul 1;83(3):773–81.

109. Brien SE, Dixon E, Ghali WA. Measuring and reporting on quality in health care: a framework and road map for improving care. *J Surg Oncol*. 2009 Jun 15;99(8):462–6.
110. Krzyzanowska MK, Barbera L, Elit L, Razzaq A, Saskin R, Yeritsyan N, et al. Identifying population-level indicators to measure the quality of cancer care for women. *Int J Qual Health Care*. 2011 Oct;23(5):554–64.
111. Mears A, Vesseur J, Hamblin R, Long P, Den Ouden L. Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators. *Int J Qual Health Care*. 2011 Dec;23(6):637–44.
112. Wang TT, Ahmed K, Khan MS, Dasgupta P. Quality-of-care framework in urological cancers: where do we stand? *BJU Int*. 2012 May;109(10):1436–43.
113. Blayney DW. Measuring and improving quality of care in an academic medical center. *J Oncol Pract*. 2013 May;9(3):138–41.
114. Stelfox HT, Straus SE. Measuring quality of care: considering measurement frameworks and needs assessment to guide quality indicator development. *J Clin Epidemiol*. 2013 Dec;66(12):1320–7.
115. Liu H-C. A theoretical framework for holistic hospital management in the Japanese healthcare context. *Health Policy*. 2013 Nov;113(1–2):160–9.
116. WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva; 2000.
117. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47. Paris; 2001.
118. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care*. 2006 Sep 1;18 Suppl 1(Supplement 1):5–13.

119. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Health Indicators 2005. Ontario; 2005.
120. Arah OA, Westert GP. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian Health Indicators Framework at the provincial-territorial level. *BMC Health Serv Res*. 2005 Jan;5:76.
121. Tawfik-Shukor AR, Klazinga NS, Arah OA. Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2007 Jan;7:25.
122. Kelley E. Health, spending and the effort to improve quality in OECD countries: a review of the data. *J R Soc Promot Health*. 2007 Mar;127(2):64–71.
123. Aromaa A. Implementation of joint health indicators in Europe - Joint Action for ECHIM. Arpo Aromaa on behalf of the ECHIM core group. Vol. 70, *Archives of Public Health*. 2012. p. 22.
124. Verschuuren M, Gissler M, Kilpeläinen K, Tuomi-Nikula A, Sihvonen A-P, Thelen J, et al. Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). *Arch Public Health*. 2013;71:12.
125. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: INCLASNS – Base de Datos [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul 30]. Available from: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_D B.htm
126. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC, DC: National Academies Press; 2001. 360 p.
127. Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implement Sci*. 2012 Jan;7(1):21.
128. Stelfox HT, Straus SE. Measuring quality of care: considering conceptual approaches to quality indicator development and evaluation. *J Clin Epidemiol*.

2013 Dec;66(12):1328–37.

129. Shekelle PG. Quality indicators and performance measures: methods for development need more standardization. *J Clin Epidemiol*. 2013 Dec;66(12):1338–9.
130. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care*. 2001 Dec;13(6):489–96.
131. Center for Health Policy/Center for Primary Care and Outcomes Research & Battelle Memorial Institute. Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement. Rockville, MD, MD; 2011.
132. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002 Dec 1;11(4):358–64.
133. Agency for Health care policy and research. Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care: Issues & Methods. DIANE Publishing; 1995. 166 p.
134. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
135. Kumar N. WHO Normative Guidelines on Pain Management Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines that should be developed by WHO. Geneva; 2007.
136. Weiser KS, Sola I, Aromataris E, Tornero J, Pérez C, Margarit C, et al. Epidemiology of Chronic Non-malignant Pain in Spain. *Fundación Grünenthal*; 2011. 48-55 p.
137. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. [Internet]. Available from: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>
138. Guirguis-Blake J, Calonge N, Miller T, Siu A, Teutsch S, Whitlock E. Current

- processes of the U.S. Preventive Services Task Force: refining evidence-based recommendation development. *Ann Intern Med.* 2007 Jul 17;147(2):117–22.
139. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline. Edinburgh; 2008. (SIGN publication). Report No.: 106.
 140. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004 Jun 19;328(7454):1490.
 141. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008 Apr 26;336(7650):924–6.
 142. Saturno PJ. The binomial distribution and the Lot Quality Acceptance Sampling as methods for monitoring quality in health services. *Rev Calid Asist.* 2000;(15):99–107.
 143. Robertson SE, Valadez JJ. Global review of health care surveys using lot quality assurance sampling (LQAS), 1984-2004. *Soc Sci Med.* 2006 Sep;63(6):1648–60.
 144. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 Mar;33(1):159–74.
 145. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Vol. 2nd, *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 1988. 567 p.
 146. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis | *Medicina Clínica* [Internet]. Vol. 135, *Medicina Clínica.* Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 1]. p. 507–11.
Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775310001454>
 147. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K, Kugel P, McCarberg W, Rudin N SL, Taylor AG, Taylor J TD. Guideline for the management

of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. Glenview, IL: American Pain Society (APS); 2005.

148. Forte M, Butler M, Andrade K, Vincent A, Schousboe J, Kane R. Treatments for Fibromyalgia in Adult Subgroups. Comparative Effectiveness Review No. 148. Minnesota Evidence-based Practice Center, editor. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015.
149. Ablin JN, Amital H, Ehrenfeld M, Aloush V, Elkayam O, Langevitz P, et al. [Guidelines for the diagnosis and treatment of the fibromyalgia syndrome]. Harefuah. 2013;152:742–7, 751, 750.
150. Secretaria de salud de Mexico. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Evidencias y Recomendaciones. 2008.
151. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis. 2008 Apr;67(4):536–41.
152. University of Texas, School of Nursing FNPP, (NGC) NGC. Management of fibromyalgia syndrome in adults. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2009.
153. Ministerio de Sanidad de España. Fibromialgia. 2011.
154. Ministerio de Ciencia e, Innovación. Agència d'Informació A i Q en S de C. Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica : recomanacions sobre el diagnòstic i tractament. 2011.
155. Eich W, Häuser W, Arnold B, Jäckel W, Offenbächer M, Petzke F, et al. [Fibromyalgia syndrome. Definition, classification, clinical diagnosis and prognosis]. Schmerz. 2012 Jun;26(3):247–58.
156. Fitzcharles M-A, Ste-Marie P a, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. Pain Res Manag. 2012;18(3):119–

26.

157. Knai C, Brusamento S, Legido-Quigley H, Saliba V, Panteli D, Turk E, et al. Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. *Health Policy*. 2012 Oct;107(2–3):157–67.
158. Burls A. AGREE II-improving the quality of clinical care. *Lancet*. 2010 Oct 2;376(9747):1128–9.
159. De Silva V, El-Metwally A, Ernst E, Lewith G, Macfarlane GJ. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of fibromyalgia: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Jun;49(6):1063–8.
160. Bekkering G, Hendriks H, Koes B, Oostendorp R, Ostelo R, Thomassen J, et al. Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. *Physiotherapy*. 2003 Feb;89(2):82–96.
161. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15:192–300.
162. Rossignol M, Poitras S, Dionne C, Tousignant M, Truchon M, Arsenault B, et al. An interdisciplinary guideline development process: the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain guidelines. *Implement Sci*. 2007;2:36.
163. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007;147:492–504.
164. Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007;147:505–14.

165. Pérez-Irazusta I, Alcorta-Michelena I, Aguirre-Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martinez J, Esquisabel Martinez R et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. Sanidad O y D de, editor. Vol. 1. Vitoria-Gasteiz; 2007.
166. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain. Practitioners RC of G, editor. London, UK; 2009.
167. Institute of Health Economics TOP (TOP) P. Guideline for the Evidence-Informed Primary Care management for Low Back Pain. 2nd editio. Alberta, Canada.; 2011.
168. Delitto A, George S, Van Dillen L, Whitman J, Sowa G, Shekelle P, et al. Clinical Guidelines: Low Back Pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42:A1–57.
169. McGlynn EA. Selecting common measures of quality and system performance. Med Care. 2003 Jan;41(1 Suppl):I39-47.
170. Kumar SP, Kumar A. Evidence-based Practice in Chronic Pain: A Multidimensional Biopsychosocial Paradigm is the “Need of the Hour” in Palliative Care. Indian J Palliat Care. 2013 May;19(2):126–7.
171. Ministerio de sanidad política social e igualdad. Unidad de Tratamiento del Dolor Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.
172. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007 Jul;133(4):581–624.
173. Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, Cherubino P, Labianca R, Fornasari D. Barriers to pain management: Focus on opioid therapy. Clin Drug Investig. 2012 Feb;32(SUPPL. 1):11–9.
174. Warner M, Chen LH, Makuc DM. Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999-2006. NCHS Data Brief. 2009 Sep;(22):1–8.
175. Strategies P, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC grand

rounds: prescription drug overdoses - a U.S. epidemic. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jan;61(1):10–3.

176. King NB, Fraser V, Boikos C, Richardson R, Harper S. Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990-2013: a systematic review. *Am J Public Health*. 2014 Aug 12;104(8):e1-11.
177. Institute of Medicine (IOM). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. National Research Council, editor. Washington, DC: The National Academic Press; 2011. 382 p.
178. Grol R. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care*. 2000 Aug;12(4):297–304.
179. Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(1):138–50.
180. 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 May;52(5):756–61.
181. SEMERGEN. *Documentos Clínicos SEMERGEN: Manejo del dolor en AP*. Barcelona; 2006.
182. Perera GAR, Moriarty H. *Prescription Safety Pilot Project Report to the Health Quality and Safety Commission*. Wellington; 2012.
183. Zegers M, de Bruijne MC, Spreeuwenberg P, Wagner C, Groenewegen PP, van der Wal G. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ Qual Saf*. 2011 Apr 1;20(4):314–8.
184. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*. 1992 May;49(2):221–30.
185. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Pain Management: A Systems Approach to Improving Quality and Safety*. 2012.

186. Häuser W, Walitt B, Fitzcharles M-A, Sommer C. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2014;16:201.
187. Saturno PJ, López Soriano F, Ángel García D, Martínez Nicolas I. Indicadores de buenas prácticas sobre el manejo del dolor. Universidad de Murcia, editor. Murcia, España: FUINSA, Universidad de Murcia; 2013. 104-131 p.
188. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med (Baltim)*. 2010 Nov;51(5):421–4.
189. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2005 Jan;5(1):23.
190. Stanos S. Focused review of interdisciplinary pain rehabilitation programs for chronic pain management. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Apr;16(2):147–52.
191. Kumar SP, Jim A. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian J Palliat Care*. 2010 Sep;16(3):138–46.
192. Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clin J Pain*. 2001 Dec;17(4 Suppl):S114-27.
193. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (80-)*. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.
194. Escudero-Carretero MJ, García-Toyos N, Prieto-Rodríguez MÁ, Pérez-Corral O, March-Cerdá JC, López-Doblas M. [Fibromyalgia: Patient perception on their disease and health system. Qualitative research study]. *Reumatol Clin*. 2010;6(1):16–22.
195. Häuser W, Urrútia G, Tort S, Uçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane database Syst Rev*. 2013 Jan;1:CD010292.

196. Painter JT, Crofford LJ. Chronic opioid use in fibromyalgia syndrome: a clinical review. *J Clin Rheumatol*. 2013 Mar;19(2):72–7.
197. Valdés Larrañaga P. Evaluar el cambio organizacional hacia la cronicidad: una empresa compleja e inteligente [Editorial]. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(2):185–8.
198. Polanco NT, Pérez PV, Solinís RN, Solves JJM. Evaluación del nuevo enfoque en atención a la cronicidad en las organizaciones sanitarias integradas en el País Vasco. *An Sist Sanit Navar*. 2014 Jun 27;37(2):189–201.
199. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan 1;28(1):75–85.
200. González-Urzelai V, Palacio-Elua L, López-de-Munain J. Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J*. 2003 Dec;12(6):589–94.
201. Muntión-Alfaro MT, Benítez-Camps M, Bordas-Julve JM, de Gispert-Uriach B, Zamora-Sánchez V, Galindo-Parres C. Lumbalgia: ¿seguimos las recomendaciones de las guías? *Atención Primaria*. 2006 Mar;37(4):215–20.
202. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS, editor. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC: Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/OI.; 2007.
203. Mafi JN, McCarthy EP, Davis RB, Landon BE. Worsening trends in the management and treatment of back pain. *JAMA Intern Med*. 2013;173:1573–81.
204. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24:193–204.
205. Slade SC, Patel S, Underwood M, Keating JL. What are patient beliefs and perceptions about exercise for nonspecific chronic low back pain?: a systematic

- review of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2014 Nov;30(11):995–1005.
206. Linton SJ, Kamwendo K. Low back schools. A critical review. *Phys Ther*. 1987;67:1375–83.
207. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011;54:319–35.
208. de Andrés Rivera Á, Ausin Hervella JL, García Estepa R, González Enríquez J, López Blanco JA, Pérez Mateos C, et al. Análisis de situación de las terapias naturales. In Ministerio de Sanidad, política Social e igualdad; 2011.
209. Paulozzi LJ. Prescription drug overdoses: A review. *J Safety Res*. 2012 Sep;43(4):283–9.
210. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: Opioid treatment for chronic back pain: Prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med*. 2007;146:116–27.
211. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Chinese J Evidence-Based Med*. 2009;9:8–11.
212. Chou R. Low back pain (chronic). *Clin Evid (Online)*. 2010 Jan;2010:1116.
213. Saturno PJP. Gestión de calidad. Concepto y componentes de un programa de gestión de la calidad. In: Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
214. Wood DL, Kleinman KP, Simon SR, Wood D, Dresselhaus T, Peabody J, et al. Documentation guidelines: evolution, future direction, and compliance. *Am J Med*. 2001 Mar;110(4):332–4.
215. Martin CA. Improving the quality of medical record documentation. *J Healthc Qual*. 1992;14(3):16–23.

216. Societal Impact of Pain (SIP) - Societal Impact of Pain (SIP) [Internet]. [cited 2017 Jan 19]. Available from: <https://www.sip-platform.eu/>
217. Saturno PJ, Berquin A, Habacher W, Cardoso MA, Gerdle B, Piano V, et al. Recomendaciones de SIP sobre la implementación europea de indicadores de calidad en el manejo del dolor crónico no maligno Versión borrador propuesta por el grupo de trabajo de expertos de SIP.

7.ANEXOS

7. ANEXOS

7.1 ANEXO I. INDICADORES SOBRE MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS.

Recomendaciones	EVIDENCIA*		Ref **	Indicador	Método de medición	Kappa [¶]	Valoración Expertos #
	NE	FR					
GENERALES							
Manejo del dolor crónico en general							
Definición							
Se ha definido dolor crónico como aquel que dura más de 3 meses.							
Todos los pacientes con dolor crónico debe tener una historia clínica documentada, que incluya: Inicio, Calidad, Intensidad, Distribución, Curso, Tipo sensorial y Carga afectiva. Agravamiento y Alivio. Revisar pruebas diagnósticas anteriores, Resultados de Tº anterior, y Tº actual. Historia Quirúrgica, H. Social, Abuso de sustancias, H. Familiar, Alergias, Medicación actual. Efectos físicos, laborales y sociales del dolor	B2	A	1 ^{B2/-} , 2, 3, 4	III.A.1.1. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor crónico que acuden a consulta de Atención Primaria, Especializada o C. Paliativos en los que consta una valoración clínica completa orientada al dolor en su HC. Indicador compuesto: Se valora separadamente: 1.Intensidad del dolor (escala) 2. Cronología. 3. Distribución. 4. Evolución. 5. Síntomas acompañantes. 6. Examen neurológico. 7. Examen musculoesquelet. 8. Ansiedad/depresión. 9. Sueño. 10. Alergias. 11. Abuso de fármacos. 12. Situación socio-familiar. 13. Historia y sit. laboral. 14. Diagnóstico.	Revisión H.C.	0.89 0.84 0.86 0.56 0.82 0.82 0.74 0.71 0.83 0.85 0.59 1.00 0.84 98,7%	4,77
Todos los pacientes con dolor crónico debe tener un examen físico que incluya: Examen neurológico, muscular y esquelético.	B2	A	1 ^{B2/-} , 3				
Todos los pacientes con dolor crónico debe tener una Evaluación Psicológica que incluya: Ansiedad, Depresión. Sueño.	B2	A	1 ^{B2/-} , 3				
Todos los pacientes con tratamiento farmacológico deben tener seguimiento y control de efectos secundarios.	D	B	1 ^{D/-} , 3				
Todos los pacientes con dolor crónico deben tener tratamiento farmacológico, como parte de una estrategia multimodal.	A2	B	1 ^{A2/-} , 3	III.A.1.2. Porcentaje de pacientes con dolor crónico (excepto cefaleas, dolor pélvico y fibromialgia) en los que se pauta un régimen de medicación ajustado a valoración del dolor de conformidad con la escala analgésica de OMS y las	Revisión H.C.	0,84	4,25

				circunstancias de cada individuo			
Intervenciones multimodales y revisiones periódicas, deben ser parte de una estrategia de tratamiento. El Plan de Tratamiento Individualizado debe contener evaluación de riesgos y beneficios, y debe diseñarse desde menos a más agresividad, y si es posible, debe contar con la opinión de otros profesionales involucrados.	A2	A	1 ^{A2/-} , 3	III.A.1.3. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor crónico en los que se realiza tratamiento multimodal y adecuado a su patología. Indicador compuesto: Tratamiento multimodal Adecuación	Revisión H.C.	0.71 0.77	4.54 4.42
En todos los pacientes con dolor crónico están indicados los Anticonvulsivantes: Antagonistas 2 delta, alfa y estabilizadores de membrana	A1	A	1 ^{A1/-} , 3				
En todos los pacientes con dolor crónico están indicados los Antidepresivos Tricíclicos	A1	A	1 ^{A1/-} , 3				
En los pacientes con dolor crónico pueden estar indicados los Antagonistas NMDA	C2	B	1 ^{C2/-} , 3				
La Terapia Física está indicada en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico	A2	A	1 ^{A2/-} , 3				
Todos los pacientes con dolor crónico deben tener un apropiado procedimiento diagnóstico como parte de su evaluación. La elección del procedimiento se hará en función de su historia, examen físico y curso del tratamiento. El procedimiento debe ser guiado por técnicas de imagen. Procedimientos diagnósticos invasivos: Bloqueo diagnóstico de rama cervical medial Bloqueo diagnóstico de art. facetarias Bloqueo diagnóstico de Art. Sacroilíaca Bloqueo diagnóstico de nervios Discografía Provocativa	B2	B	1 ^{B2/-} , 3	III.A.1.4. Porcentaje de pacientes con dolor crónico y procedimiento diagnóstico invasivo en los que se ha realizado de forma adecuada.	Revisión H.C.	nv	4.08

	Riesgo de Discitis, Absceso Epidural y Embolización del núcleo pulposo en la discografía provocativa.	B3	C	1 ^{B3/-} , 3				
Dolor crónico no maligno en ancianos Definición Se ha tomado como población mayor de edad aquella que supera los 65 años								
El analgésico de elección de primera línea es el Paracetamol 500 – 650 mg / 4 veces día o 500 mg / 4 h, respetando la noche. Max/día = 2,6 gr, 8 dosis de 350 mg/día, o 5 dosis de 500 mg Contraindicación absoluta = Fallo hepático y abuso de alcohol		A2	A	3, 5 ^{H/S} , 6 ^{H/S} , 7	III.A.2.1. Porcentaje de pacientes con dolor crónico y edad >65 años en los que el tratamiento está ajustado a su edad.	Revisión H.C.	0.91	4.15
Fármacos inapropiados en el anciano: propoxifeno, indometacina, ketorolaco, AINES en dosis altas (> 2 semanas), pentazocina y meperidina.		D	D	3, 5, 6 ^{H/S} , 7				
Relativa contraindicación en: HTA, Helicobacter, historia de ulcus, uso asociado de corticoides o IRS/NIRS		A1	D	3, 5 ^{M/S} , 6 ^{M/S} , 8				
Los AINES no selectivos e Inhibidores Selectivos COX-2 están contraindicados en:	Ulcus activo	C2	D	5 ^{L/S} , 3 ^{L/S}				
	Enfermedad renal	A2	D	5 ^{M/S} , 6 ^{M/S}				
	Fallo cardíaco congestivo	A1	D	5 ^{M/W} , 6 ^{M/W}				
En dolor articular y muscular considerar AINES tópicos		A2	B	3, 5 ^{M/W} , 6, 8				
Los parches de lidocaína o de capsaicina están indicados en dolor neuropático postherpético o diabético.	Lidocaína en dolor neuropático postherpético	A1	B	5 ^{M/S} , 6, 7				
	Capsaicina en dolor neuropático	A1	B	5 ^{M/W} , 6, 7				
El uso de corticoides para el tratamiento del dolor en ancianos debe ser reservado A pacientes con desordenes inflamatorios asociados o dolor por metástasis ósea. La		B1	B	3, 5 ^{M/S} , 6, 7				

osteoartritis no debe considerarse desorden inflamatorio.												
En ancianos con dolor crónico se debe anticipar el tratamiento analgésico para el dolor irruptivo en caso de administración de opioides de larga acción.		C2	B	5 ^{M/S} , 6, 7								
En ancianos con Fibromialgia se deben asociar analgésicos y coadyuvantes excepto antidepressivos tricíclicos		A2	B	3, 5 ^{M/S} , 7								
El uso de coadyuvantes debe hacerse poco a poco, hasta conseguir la dosis terapéutica Retirándolos cuando no se consiga efecto apropiado		C2	B	3, 5 ^{M/S} , 7								
En tratamiento con AINES se debe asociar un inhibidor de la bomba de protones o misoprostol	Inhibidor de la bomba de protones	A2	B	3, 5 ^{H/S} , 6, 7, 8	III.A.2.2. Porcentaje de pacientes con dolor crónico y edad > 65 años, tratados con analgésicos, en los que hay pautado tratamiento concomitante para prevenir efectos secundarios de los analgésicos.	Revisión H.C.	0.73	4.31				
	Misoprostol	A2	A									
Se puede utilizar un COX2 con aspirina asociando un inhibidor de la bomba de protones o misoprostol		A2	A	3, 5 ^{H/S} , 6 ^{H/S}								
En ancianos que están tomando AINES/COX2 hay que vigilar la aparición de toxicidad gástrica, renal, hipertensión sistólica, o fallo cardíaco, e interacciones		D	B	3, 5 ^{L/S} , 6 ^{L/S} , 8								
En todos los ancianos en tratamiento, se deben monitorizar los efectos adversos a fármacos		C2	A	3, 5 ^{M/S} , 6, 7, 8, 9 ^{C/-}								
En ancianos, se deben evitar el uso de antidepressivos tricíclicos		A1	D	3, 5 ^{M/S} , 6, 7								
CEFALEAS												
Abordaje del abuso farmacológico Aplicable a todas las Cefaleas												
Descartar abuso en cefaleas de > 15 d/mes durante > 3 meses, y en pacientes con opioides o triptanos.		B1	B	10 ^{2+/D} , 12	III.B.1.1. Porcentaje de pacientes con cefalea de cualquier etiología con más de tres meses de	Revisión H.C.						

Si hay dependencia, comenzar deshabituación paulatina, y añadir profilaxis		B1	B	10 ^{2+/D} , 12	tratamiento con opioides o triptanes en los que en su HC consta evaluación de abuso del tratamiento. Indicador compuesto: Evaluación abuso. Pauta deshabituación		0.71 1.00	4.08 4.17
Migraña Definición Cefalea unilateral, pulsátil, de minutos u horas, de mediana a severa intensidad, asociada a nauseas y/o vómitos, sensible a luz o ruido, y que se agrava con la actividad física de rutina (SIGN)								
El Valproato se recomienda en migraña episódica		A1	A	10 ^{1++/A} , 3, 12, 14	III.B.2.1. Porcentaje de pacientes >12 años atendidos por crisis migrañosa sin aura en los que se recibe tratamiento adecuado a su nivel de intensidad.	Revisión H.C.	96.6%	4.25
Los opioides no son los analgésicos de rutina		B1	B	10 ^{2+/D} , 3, 12				
Aspirina e Ibuprofeno se recomiendan en todos los casos de migraña		A2	A	10 ^{1++/A} , 3, 12, 13				
Paracetamol está indicado en la migraña moderada		A3	A	10 ^{1++/B} , 3, 12				
Los Triptanos están recomendados en migraña con dolor intenso		A2	A	10 ^{1++/A} , 3, 12				
Si no responde a un Triptan, cambiar a otro		A3	A	10 ^{1++/B} , 3, 12				
La asociación de Aspirina y Metoclopramida puede ser útil		A2	A	10 ^{1+/B} , 3, 12				
La Amitriptilina y la Venlafaxina se recomiendan como profilaxis	Amitriptilina	A2	B	10 ^{1+/B} , 3, 11, 12, 14	III.B.2.2. Porcentaje de pacientes con migraña (excepto migraña menstrual y cefalea en racimos) en los que se prescribe tratamiento profiláctico adecuado.	Revisión H.C.	0.93	4.17
	Venlafaxina	A3	B					
Propanolol y Topiramato diarios son útiles como profilaxis	Propanolol	A2	B	10 ^{1++/A} , 3, 11, 12, 14				
	Topiramato	A2	A					
Se debe considerar el tratamiento del estrés y el uso de acupuntura		A1	B	10 ^{1+/B} , 12	III.B.2.3. Porcentaje de pacientes con migraña en los que consta en su historia clínica la oferta de tratamientos no farmacológicos complementarios.	Revisión H.C.	1.00	3.42
No se recomienda ni Ergotamina ni Botox A		A3	D	10 ^{1++/A}	III.B.2.4. Porcentaje de pacientes con migraña en los que NO consta en su historia clínica tratamiento con ergotamina o botox.	Revisión H.C.	0.63	2.75
Las técnicas de neuroimagen no están indicadas en la migraña clara y examen		A1	D	10 ^{4/D} , 12	III.B.2.5. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de migraña y examen	Revisión H.C.	0.57	3.33

neurológico normal				neurológico normal a los que NO se les realizan pruebas de neuroimagen.			
Cefaleas en la mujer Migraña: Cefalea unilateral, pulsátil, de minutos u horas, de mediana a severa intensidad, asociada a náuseas y/o vómitos, sensible a luz o ruido, y que se agrava con la actividad física de rutina (SIGN) Migraña con aura: migraña a la que se asocian síntomas neurológicos focales que aparecen inmediatamente antes del dolor (93%) o coincidiendo con su aparición (5%) y suelen durar menos de 60 minutos. La presentan un 20% de las migrañas. Los síntomas más frecuentes del aura son visuales (95%): visión borrosa, puntos brillantes y centelleantes, pérdida de visión en parte del campo visual; seguidos de los sensitivos (40%): se caracterizan por una mezcla de cosquilleo y de entumecimiento, en un lado de la cara o de la mano hasta abarcar todo un lado del cuerpo. A veces se producen parálisis o pérdida de fuerza de medio cuerpo.							
Migraña menstrual tratar con Mefenámico, ó Aspirina+Paracetamol+Cafeína	A1	A	10 ^{1++/A} , 12	III.B.3.1. Porcentaje de mujeres atendidas por migraña menstrual en las que hay prescripción de tratamiento adecuado.	Revisión H.C.	nv	4.00
Los Triptanos son útiles en la migraña menstrual	A1	A	10 ^{1++/A} , 3, 12				
Frovatriptan y Naratriptan se recomiendan días antes del ciclo, como profilaxis	A1	A	10 ^{1++/A} , 3, 12	III.B.3.2. Porcentaje de mujeres con migraña menstrual en las que se prescribe tratamiento profiláctico adecuado.	Revisión H.C.	nv	4.00
Mujer con migraña y aura no debe utilizar contraceptivos orales	B1	D	10 ^{2++/B} , 12	III.B.4.1. Porcentaje de mujeres en tratamiento por migraña con aura en las que NO consta en su historia clínica tratamiento contraceptivo oral	Revisión H.C.	1.00	3.67
Cefalea tensional Definición Cefalea bilateral, opresiva, intensidad media-moderada, que no interfiere con la actividad rutinaria (SIGN)							
Aspirina y Paracetamol se recomiendan para el brote agudo	A1	A	10 ^{1++/A} , 3, 12	III.B.5.1. Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea tensional en los que en su historia clínica consta tratamiento pautado para el brote agudo	Revisión H.C.	0.86	3.83
La Amitriptilina se recomienda como profilaxis	A1	A	10 ^{1+/A} , 3, 11, 12	III.B.5.2. Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea tensional en los que se ha prescrito tratamiento profiláctico	Revisión H.C.	0.67	3.58
Cluster headache (cefalea en racimos) Definición Ataque de cefalea intensa, periorbitaria y/o temporal, unilateral, de 15-180 minutos de duración y hasta 8 crisis diarias, que se acompaña de lagrimeo, rinorrea, miosis, ptosis y/o enema periorbitario (SIGN)							
Sumatriptan s.c. como primera línea de tratamiento agudo	A1	A	10 ^{1++/A}	III.B.6.1. Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea racimos en los que consta en su HC prescripción de tratamiento analgésico adecuado	Revisión H.C.	nv	4.17
Sumatriptan o Zolmitriptan nasal como alternativa a la vía subcutánea	A1	A	10 ^{1++/A}				
El Verapamilo se recomienda	A1	A	10 ^{1+/B}	III.B.6.2. Porcentaje de	Revisión	nv	4.00

como profilaxis				pacientes atendidos por cefalea racimos en los que consta en su HC prescripción de tratamiento profiláctico adecuado	H.C.			
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO								
Dolor pélvico crónico El Dolor Pélvico Crónico No Maligno es aquel que se localiza a nivel de abdomen inferior, la pelvis o estructuras intrapelvianas, persistiendo durante al menos 6 meses, que se presenta de forma continua o intermitente (J. Moore. Causes of chronic pelvic pain. Bailliere´s Clinical Obstetric and Gynaecology 2000 Vol 14, No.3, 398-402)								
El dolor pélvico crónico de origen visceral requiere un manejo multidisciplinar	A2	B	15 ^{1a/A} , 16, 17	III.C.1.1. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor pélvico crónico en los que consta en su historia clínica tratamiento adecuado	Revisión H.C.	0.67	3.75	
Las Técnicas de Relajación están indicadas en el tratamiento del dolor pélvico crónico	B3	B	15 ^{2a/B} , 16, 17					
El tratamiento farmacológico indicado del dolor pélvico crónico es con Paracetamol y/o antiinflamatorios del tipo COX2	A2	B	15 ^{1b/A} , 16, 17					
La Gabapentina está indicada en el alivio del dolor pélvico crónico de origen neuropático	A2	B	15 ^{1a/A} , 16, 17					
Los opioides están indicados en el tratamiento farmacológico del dolor pélvico crónico	A2	B	15 ^{1a/A} , 16, 17					
Los antiinflamatorios no esteroideos están indicados en el tratamiento de la dismenorrea	A1	A	15 ^{1a/B} , 16, 17					
Dolor prostático crónico Dolor prostático persistente o recurrente, asociado a síntomas urinarios o de disfunción sexual, ya sea de origen inflamatorio o no. Eur Urol 2010; 57 (1): 35-48								
Los antiinflamatorios no esteroideos, los Inhibidores de la 5-alfa-reductasa, y/o la Fitoterapia están indicados en el dolor protático crónico	AINEs	A3	B	15 ^{1b/B} , 16	III.C.2.1. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor prostático crónico en los que consta en su historia clínica tratamiento adecuado	Revisión H.C.	nv	3.75
	5-alfa-reductasa	A2	B	15 ^{1b/B} , 16				
	Fitoterapia	A2	B	15 ^{1b/B} , 16				
El tratamiento con masajes y/o acupuntura están indicados en el dolor prostático crónico	B3	B	15 ^{2a/B} , 16					

Dolor vesical crónico Dolor suprapúbico, relacionado con la vejiga y acompañado por síntomas miccionales, en ausencia de infección urinaria o evidente patología. Eur Urol 2010; 57 (1): 35-48								
La Hidroxicina, la Amitriptilina, y/o la Ciclosporina A están indicadas en el tratamiento del dolor vesical crónico.	Hidroxicina	A3	B	15 ^{1b/A}	III.C.3.1. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor vesical crónico en los que consta en su historia clínica tratamiento adecuado	Revisión H.C.	1.00	3.75
	Amitriptilina	A2	A					
	Ciclosporina A	A3	B					
El tratamiento con PPS está indicado en el dolor vesical crónico		A2	A	15 ^{1a/A}				
El tratamiento intravesical con PPS o Dimetil sulfóxido está indicado en dolor vesical crónico	PPS	A3	B	15 ^{1b/A}				
	Dimetil Sulfóxido	B1	B					
El tratamiento intravesical con Ácido Hialurónico y/o Condroitín Sulfato está indicado en el dolor vesical crónico		B3	B	15 ^{2b/B}				
LUMBALGIA INESPECÍFICA								
Lumbalgia no específica Tensión, dolor y / o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica del dolor. Varias estructuras en la parte posterior pueden contribuir a los síntomas, incluyendo las articulaciones, discos y los tejidos conectivos. (NICE clinical guideline 88). LUMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA: Dolor lumbar inespecífico, común o simple, entre el límite inferior de las costillas y el inferior de las nalgas, con o sin extensión a las piernas, con maniobras radiculares negativas, sin compromiso neurológico, y de duración superior a tres meses o repetición de 3 episodios por año. (Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria: http://www.svmfyc.org/fichas/f058/ficha058.pdf)								
Educación del paciente para: promocionar el automanejo de su dolor lumbar y fomentar el retorno a sus actividades normales. Los programas de educación incluyen: Causas y mecanismos del dolor Recomendaciones sobre el tratamiento de dolor y como enfrentarse a ello en la vida diaria	A1	A	18 ^{1+/-} , 19 ^{A/-} , 20 ^{M/S} , 21	III.D.1.1 Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa de educación para el retorno a la actividad normal	Revisión H.C.	1.00	4.62	

Ergonomía aplicada a la vida cotidiana (casa, trabajo y ocio) Prevención de recaídas.								
Tratamiento con ejercicio terapéutico supervisado. Los programas de ejercicio terapéutico incluyen: Actividad aeróbica Instrucciones sobre movimiento Refuerzo muscular Control postural Estiramiento	A1	A	18 ^{1+/-} , 19 ^{A/-} , 20 ^{M/S} , 21, 22	III.D.1.2 Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa de ejercicio terapéutico	Revisión H.C.	1.00	4.50	
Programas de tratamiento cognitivo-comportamental - Programas de ayuda a los pacientes para aprender habilidades de afrontamiento, adaptación y manejo del dolor, aumentar la actividad física y controlar el estrés.	A2	A	18 ^{1+/-} , 19 ^{A/-} , 20 ^{M/W} , 21	III.D.1.3 Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa cognitivo-comportamental	Revisión H.C.	1.00	3.67	
Tratamiento farmacológico adecuado : Paracetamol: 650-1000mg cada 6 horas Antiinflamatorios no esteroideos: menos de 3 meses Antiinflamatorios más relajantes musculares: menos de 1 semana	A1	A	18 ^{1++/-} , 19 ^{A/-}	III.D.1.4 Porcentaje de pacientes con lumbalgia inespecífica en los que consta tratamiento farmacológico adecuado	Revisión H.C.	0.7	4.25	
Tratamiento quirúrgico	A3	A	18 ^{1+/-}	III.D.1.5 Porcentaje de pacientes con lumbalgia inespecífica y dolor intenso durante más de un año que han sido referidos a cirugía	Revisión H.C.	nv	4.00	
OSTEOARTRISIS								
Osteoartritis (artrosis) También denominada osteoartrosis, osteoartritis (OA) e, incluso, enfermedad articular degenerativa, es una patología articular degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial. (Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al. Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials ESCISIT. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of Knee osteoarthritis. Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003 Dec; 62(12):1.145-55.)								
Tratamiento con ejercicio terapéutico supervisado. Ejercicios suaves y adaptados a las diferentes condiciones del paciente como una indicación	Rodilla	A1	A	23 ^{1a/-} , 24 ^{1B/A} , 25, 26	III.E.1.1 Porcentaje de pacientes con osteoartritis en tratamiento a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio terapéutico supervisado.	Revisión H.C.	0.75	4.38
	Cadera	B1	A	23 ^{1b/-} , 24 ^{1B/A} , 25, 26				

más de su tratamiento. Evitar la sobrecarga articular, eliminando impactos fuertes y repetidos sobre las articulaciones dañadas, a fin de preservarlas de un posible desgaste adicional por sobreuso.								
Evaluación de sobrepeso.		A1	A	23 ^{1a/-} , 24 ^{1B/B} , 26	III.E.1.2 Porcentaje de pacientes con osteoartritis en tratamiento y sobrepeso a los que se les ha incluido en un programa de pérdida de peso. Indicador compuesto: Eval. Sobrepeso. Incluido en programa pérdida de peso.	Revisión H.C.	1.00 87.7%	4.15 4.08
Programas de disminución de peso.		A1	A	23 ^{1a/-} , 24 ^{1B/B} , 26				
Valorar la necesidad de dispositivos de asistencia para la deambulación: Bastones Muletas Andadores aparatos ortopédicos refuerzo en la rodilla vendas elásticas de rodilla		B1	B	23 ^{IV} , 24 ^{1B/B} , 26	III.E.1.3 Porcentaje de pacientes con osteoartritis, dificultad para andar y para hacer actividades de la vida diaria durante más de 3 meses a los que se les ha recomendado la utilización de un dispositivo de asistencia para la deambulación.	Revisión H.C.	nv	4.08
Tratamiento analgésico adecuado : Paracetamol (por encima de 2,4 gr/día) y/o AINES Capsaicina de aplicación tópica se debe considerar antes de AINES por vía oral, inhibidores COX-2 u opioides. Para tratamientos de larga duración con Paracetamol hay que valorar toxicidad gastrointestinal y renal, aunque ésta es más baja que con el resto de AINES.	Rodilla	A1	A	23 ^{1a/-} , 24 ^{1B/A}	III.E.1.4 Porcentaje de pacientes con osteoartritis y dolor leve o moderado en los que consta tratamiento analgésico adecuado	Revisión H.C.	nv	4.08
	Cadera	D	B	23 ^{IV/-} , 24				
Tratamiento con inyecciones	Rodilla	A1	B	23 ^{1a/-} , 24 ^{1B/B} , 26	III.E.1.5 Porcentaje de pacientes con osteoartritis,	Revisión H.C.	nv	2.83

intraarticulares				dolor moderado o intenso y no responden a la medicación analgésica oral a los que se les ha prescrito inyecciones intraarticulares con corticoesteroides o con Ácido Hialurónico			
ARTRITIS REUMATOIDE							
Artritis reumatoide Dolor reumático de, al menos, dos meses de evolución, que cursa con, al menos 5 de los siguientes criterios: rigidez matutina, tumefacción de 3 o más articulaciones simétricas, que afecta a las manos, cambios radiológicos típicos, nódulos reumatoides, y factor reumatoide sérico. (Pinals RS et al. Preliminary criteria for clinical remission in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheum 1981; 24: 1308-1315)							
Valoración de la actividad de la enfermedad	A1	B	27 ^{1++/B} , 30 ^{5/D}	III.F.1.1 Porcentaje de pacientes atendidos con artritis reumatoide en los que se mide periódicamente la actividad de la enfermedad mediante sistemas de medida estandarizados tales como el DAS o el DAS28 Indicador compuesto: Valoración 1ª visita Valoración última visita Valoración mensual	Revisión H.C.	1.00 1.00 1.00	4.27
Tratamiento con ejercicio terapéutico supervisado.	A1	A	27 ^{1++/B} , 28 ^{1++/-} , 30 ^{1a/A}	III.F.1.2 Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio de baja intensidad supervisado.	Revisión H.C.	0.78	4.00
Tratamiento con fármacos antirreumáticos. DMARDs: ciclosporin A, hydroxychloroquine (HCQ), methotrexate (MTX), intramuscular gold, penicillamine and sulfasalazine (SASP)	A1	A	27 ^{1++/B} , 28 ^{1+/-} , 29	III.F.1.3 Porcentaje de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en los que consta tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs)	Revisión H.C.	0.58	4.00
Tratamiento farmacológico combinado entre antirreumáticos o antirreumáticos con corticoides. El tratamiento combinado puede consistir en más de un DMARDs (la mayoría de las combinaciones usan MTX) o un DMARD y dosis bajas (no exceder 15mg de prednisolona al día) de corticoides orales	A1	A	27 ^{1++/A} , 28 ^{1+/-}	III.F.1.4 Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide y fracaso de tratamiento monoterápico con DMARDs en los que consta prescripción adecuada de tratamiento combinado	Revisión H.C.	nv	3.82
Tratamiento analgésico	A1	A	27 ^{1++/B}	III.F.1.5 Porcentaje de	Revisión	0.73	4.33

adecuado: 1ª elección: paracetamol o codeína 2ª elección: AINEs o inhibidores (COX-2). Deben evitarse en pacientes con cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca moderada o grave. Debe ser introducida Gastroprotección en los pacientes con úlceras gastroduodenales que tomen AINEs.			28 ^{1+/-}	pacientes con artritis reumatoide y dolor en los que consta tratamiento analgésico adecuado	H.C.		
FIBROMIALGIA							
Fibromialgia Dolor generalizado, en los cuatro cuadrantes del cuerpo, que se reproduce a la palpación digital, en al menos 11 de 18 puntos sensibles, y que tiene una duración, al menos, de tres meses. (Sociedad Española de Reumatología: http://www.ser.es/wiki/index.php/Fibromialgia)							
Valoración del impacto de la enfermedad		A1	A	31 ^{Good/A}	III.G.1.1 Porcentaje de pacientes atendidos con fibromialgia en los que se ha aplicado cuestionario validado de valoración del impacto de la enfermedad	Revisión H.C.	1.00 3.82
Tratamiento con ejercicio aeróbico. Tipo de ejercicios: andar, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, ejercicios en piscina, cicloergómetro, cinta rodante, etc. Intensidad: entre 60-75% Frecuencia Cardíaca máxima Frecuencia: 2-3 veces/semana Duración: entre 20 y 60 minutos durante 12- 24 semanas		A1	A	31 ^{Good/A} , 32 ^{-/A} , 34	III.G.1.2 Porcentaje de pacientes con fibromialgia a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio aeróbico supervisado.	Revisión H.C.	0.78 4.17
Tratamiento farmacológico con antidepresivos		A1	A	31 ^{Good/A} , 32 ^{-/B} , 33, 34	III.G.1.3 Porcentaje de pacientes con fibromialgia en tratamiento a los que se les ha prescrito tratamiento con antidepresivos	Revisión H.C.	0.73 4.00
Tratamiento farmacológico con pregabalina o cyclobenzaprina	Pregabalina	B1	B	31 ^{Fair/B} , 32 ^{-/B} , 33, 34	III.G.1.4 Porcentaje de pacientes con fibromialgia, en tratamiento con antidepresivos (durante al menos 12 semanas) y no mejoran su puntuación del FIQ en los que consta tratamiento con Pregabalina o Cyclobenzaprina	Revisión H.C.	0.86 3.64
	Cyclobenzaprina	A1	B	31 ^{Good/B} , 32 ^{-/B} , 33, 34			

DOLOR NEUROPÁTICO							
Neuropatía diabética Conjunto de síntomas y signos relacionados con una afectación de los nervios periféricos autonómicos o craneales en un paciente diabético en el que se han descartado otras causas de neuropatía.							
Antidepresivos: Amitriptilina: 25-100 mg/día; Imipramina 25-300 mg/día. Evitar en lo posible en pacientes con >65 años de edad, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad, para los que se deben prescribir en todo caso dosis menores: de 5 a 10 mg en dosis única antes de acostarse, e incrementar lentamente hasta 25-50 mg-12.5 mg el primer día- e incrementar a 100 mg/día en el transcurso de una semana). Anticonvulsivantes: Gabapentina 300-600 mg 3 veces al día. Pregabalina 150-600 mg/d. Inhibidores de la recaptación de Serotonina (SNRI): Duloxetina 60-120 mg/d (empezando en 30 mg/día y subir hasta 60 en el transcurso de una semana.), Venlafaxina 50-100 mg cada 6-8h (solo dosis altas de venlafaxina liberación lenta se encontraron efectivas-150-225 mg/día).	A1	A	35, 36, 37, 38, 39	III.H.1.1. Porcentaje de pacientes diabéticos con dolor neuropático en los que se ha prescrito ADT, anticonvulsivantes o SNRI a dosis adecuadas como tratamiento analgésico	Revisión H.C.	nv	4.62
Neuropatía postherpética Presencia de dolor tipo punzante o quemante localizado en el dermatoma afecto, por la erupción al menos un mes después de la aparición de vesículas.							
Antidepresivos: Amitriptilina: 65-100 mg/día; Nortriptilina: 65-73 mg/día. Imipramina 25-300 mg/día. Evitar en lo posible en pacientes con >65 años de edad, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad. Anticonvulsivantes: Gabapentina 800-3600 mg / día. Pregabalina 75-600 mg/día. Inhibidores de la recaptación de Serotonina (SNRI): Duloxetina 60-120 mg/día, Venlafaxina 50-100 mg/día. Lidocaína tópica	A1	A	36, 37, 40, 41	III.H.2.1. Porcentaje de pacientes con dolor por neuropatía post-herpética en los que se ha prescrito ADT, anticonvulsivantes, SNRI y/o Lidocaína tópica a dosis adecuadas como tratamiento analgésico	Revisión H.C.	0.67	4.77

Neuralgia del trigémino Síndrome caracterizado por dolor facial lancinante o punzante, de inicio brusco, breve duración (1 segundo a 2 minutos), intenso, generalmente unilateral y recurrente localizado en el territorio de una o más ramas del nervio trigémino (V par).							
Carbamacepina 200-1200 mg/día La cirugía está indicada en caso de causa conocida de la compresión nerviosa susceptible de cirugía.	A1	A	40	III.H.3.1 Porcentaje de pacientes con neuralgia del trigémino en los que se ha prescrito Carbamacepina como tratamiento analgésico a dosis adecuadas o cirugía si indicación	Revisión H.C.	1.00	4.92
Dolor neuropático post-amputación Es un tipo de dolor crónico postquirúrgico que aparece tras cirugía de amputación de miembros, mastectomía u otras, y que cursa con dolor de tipo neuropático. Es la sensación consciente percibida, en ausencia de una parte del cuerpo, distinta al dolor de la cicatriz. (Vaquerizo A. Dolor postamputación. Rev Soc Esp Dlor 2000; 7 (Sup II): 60-77)							
Tratamiento analgésico con TENS (Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)	A1	A	42	III.H.4.1 Porcentaje de pacientes con dolor post-amputación en los que se ha prescrito tratamiento analgésico con TENS (Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)	Revisión H.C.	nv	4.77
Dolor postquirúrgico crónico Síndrome doloroso a raíz de una intervención quirúrgica, que se prolonga, al menos, dos meses, y que no puede ser explicado por otras causas (Macrae WA. Chronic pain after surgery. Br J Anaesth 2001; 87: 88-98)							
Venlafaxina oral: 37,5 -75 mg/24H Capsaicina tópica: 0,0075%	A1	A	40	III.H.5.1 Porcentaje de pacientes con dolor post-quirúrgico crónico en los que consta tratamiento con Venlafaxina y/o Capsaicina tópica a dosis y vía adecuada como tratamiento analgésico	Revisión H.C.	0.81	4.85

**: Evidencia y fuerzas de recomendación armonizadas (ver tablas 1 y 2). **: Las referencias que son guías de práctica clínica llevan indicado en superíndice el nivel de evidencia y fuerza de recomendación según su propia escala. O.E.: Opinión de Expertos. H: High, M: Moderate, L: Low, S: Strong, W: weak*

[¶]: Los indicadores en los que se utiliza un porcentaje como resultado están representados por el índice de Concordancia General, en lugar de por el índice de Kappa como los restantes. nv: no valorado (medición no factible).

#: valoración media de interés en escala de 1 a 5.

Referencias de los indicadores

1. Practice Guidelines for Chronic Pain Management: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810-33.
2. Pain management in the long-term care setting: percentage of patients with documented assessment for pain using standardized tool on admission. 2004 Jan. NQMC: 001413 American Medical Directors Association <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=26748&search=chronic+pain>
3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf
4. Cancer Pain Management in the Outpatient Setting. Pain Management Nursing, Vol 2, No 1 (March), 2001: pp 7-12
5. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 1331-46
6. Cooper JW, Burfield AH. Assessment and management of chronic pain in the older adult. J Am Pharm Assoc. 2010; 50: e89-e101
7. Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and. British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP, 2007
8. Fitzcharles MA, Lussier D, Shir Y. Management of Chronic Arthritis Pain in the Elderly. Drugs & Aging 2010; 27 (6): 471-90

9. Furlan AD, Reardon R, Wepler C, National Opioid Use Guideline Group. CMAJ 2010; 182 (9): 923-30
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008
11. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuntura para la profilaxis de la cefalea tensional (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab007587.html>
12. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p.
13. Suthisisang CC, Poolsup N, Suksomboon N, Lertpipopmetha V, Tepwitukgid B. Meta-analysis of efficacy and safety of naproxen sodium in the acute treatment of migraine. Headache, 2010; 50 (5): 808-18.
14. Chronic pain and CAM. National Center for Complementary and Alternative Medicine. 2010. Descargado 18.07.2011: <http://nccam.nih.gov/health/pain/D456.pdf>
15. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. European Urology 2010; 57: 35-48
16. Fernandez S, Pelaez P, Aguilar JL. Tratamiento farmacológico en el dolor pélvico urogenital crónico: revisión de la evidencia disponible. Rev Soc Esp Dolor 2011; 18: 56-63
17. McGowan L, Escott D, Luker K, Creed F, Chew-Graham C. Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. BMC Family Practice 2010, 11:7 doi:10.1186/1471-2296-11-7. Descargado el 08.11.2011 http://www.pelvicpain.org.uk/uploads/documents/CPP-Primary_care_Mcgowan_L_2010.pdf

18. NICE clinical guideline 88. L back pain. May 2009. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>.
19. European guidelines for the management of chronic nonspecific L back pain.
 2006. Disponible en:
<http://www.springerlink.com/content/r6n8123952890244/fulltext.pdf>.
20. ICSI_ Adult L back pain. 2010. Disponible en:
<http://guidelines.gov/content.aspx?id=24718>
21. Guía de Práctica clínica de la lumbalgia inespecífica. 2005. Grupo Español de trabajo del Programa Europeo COST B13.
22. MN Community Measurement. L Back Pain Measure. Impact and Recommendation Document. June 2010
23. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis.
 2008. Disponible en:
http://www.oarsi.org/pdfs/oarsi_recommendations_for_management_of_hip_and_knee_oa.pdf.
24. EULAR Recommendations 2003. Disponible en:
<http://ard.bmj.com/content/62/12/1145.full>.
25. Quality Indicators for the Care of Osteoarthritis in Vulnerable Elders. 2007.
 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2007.01346.x/pdf>.
26. OSTEOARTHRITIS.National clinical guideline for care and management in adults.
 NICE. 2006
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. Disponible en:
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign123.pdf>
28. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London:

- Royal College of Physicians, February 2009. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG79NICEGuideline.pdf>
29. Recommendations for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. The Royal Australian College of General Practitioners 2009. Disponible en:
<http://www.racgp.org.au/guidelines/rheumatoidarthritis/recommendations>
30. Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. GUIPCAR 2007. Sociedad Española de Reumatología, Madrid, Marzo de 2007.
31. National Guidelines Clearinghouse (NGC-7367). Management of fibromyalgia syndrome in adults. 2010. Disponible en:
<http://guideline.gov/content.aspx?id=14869>
32. Clinical Practice Guideline. Fibromyalgia Syndrome (Deutsches Ärzteblatt International. Dtsch Arztebl Int 2009. Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712241/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-106-0383.pdf
33. EULAR. Ann Rheum Dis published online 20 Jul 2007. Disponible en:
<http://ard.bmj.com/cgi/content/abstract/ard.2007.071522v1>
34. Management of Fibromyalgia Syndrome. American Medical Association 2004. Disponible en:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?volume=292&issue=19&page=2388>
35. Fistera – Guías Clínicas: Neuropatía Diabética. 2010.
<http://www.fistera.com/guias2/ndiabetica.asp> (Descargado el 14.11.2011).
36. Bohlega S, Alsaadi T, Amir A, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of peripheral neuropathic pain: expert panel recommendations for the Middle East region. The Journal of International Medical Research 2010; 38: 295-317.

37. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009;57:1331-13346.
38. Cooper JW, Burfield AH. Assessment and Management of chronic pain in the older adult. J Am Pharm Assoc. 2010. 50: e89-e101
39. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. Pain 2010; 150: 573-81
40. Attala N, Cruccua, G, Barona R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen PT, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision Eur J Neurol 2010, 17: 1113–23
41. Garroway N , Chhabra S, Landis S, Skolnik DC. What measures relieve postherpetic neuralgia?. J Fam Pract 2009; 58 (7): 384d-384f.:
<http://www.ifponline.com/Pages.asp?AID=7687&issue=July%202009&UID>
42. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. An updated Report by the American Society of Anesthesiologists. Task force on chronic pain Management. Anesthesiology 2010: 112:810-33

7.2 ANEXO II. Fichas estandarizadas de indicadores DCNM

Estas fichas de indicadores son parte de un conjunto de documentos:

La “Guía para el pilotaje de los indicadores de Buenas Prácticas para el manejo del Dolor Crónico No maligno”. Disponible en:

<http://www.um.es/calidadsalud/Proyecto%20Dolor/3-Dolor%20Cr%C3%B3nico%20No%20Oncol%C3%B3gico/Guia%20pilotaje%20DCNM%20.pdf>

El “Manual de recogida de datos”. Disponible en:

<http://www.um.es/calidadsalud/Proyecto%20Dolor/3-Dolor%20Cr%C3%B3nico%20No%20Oncol%C3%B3gico/Manual%20recogida%20de%20datos%20DCNM%20.pdf>

La Base de recogida de datos DCNM. Disponible en:

[http://www.um.es/calidadsalud/Proyecto%20Dolor/3-Dolor%20Cr%C3%B3nico%20No%20Oncol%C3%B3gico/Base%20de%20datos%20DCNM%20\(Revisado%202013\).xlsx](http://www.um.es/calidadsalud/Proyecto%20Dolor/3-Dolor%20Cr%C3%B3nico%20No%20Oncol%C3%B3gico/Base%20de%20datos%20DCNM%20(Revisado%202013).xlsx)

El conjunto de documentos representa los elementos básicos que pueden ser utilizados para replicar el pilotaje o utilizar los indicadores como medidas de calidad.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III AREA: A Sub-área: 1 Nº: 1	DOLOR CRONICO NO MALIGNO GENERAL (6 indicadores) General (4 indicadores) 1 (de 4)	CODIGO eCIE-9: Procesos de dolor crónico distintos de 0.
NOMBRE DEL INDICADOR	VALORACIÓN CLÍNICA COMPLETA ORIENTADA AL DOLOR	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con dolor crónico que acuden a consulta de Atención Primaria, Especializada o C. Paliativos en los que consta una valoración clínica completa orientada al dolor en su HC.	
NIVELES DE EVIDENCIA; FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	B2/A ^{1,2,3,4,5} , D/B ^{1,3}	
Numerador	nº de pacientes con dolor crónico atendidos en AP, AE o CP en los que consta en su HC una valoración clínica completa orientada al dolor	
Denominador	nº total de pacientes con dolor crónico que acuden a consulta	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de NQMC (<i>National Quality Measures Clearinghouse</i>) y SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- Practice Guidelines for Chronic Pain Management: <i>An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine</i>. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. <i>Anesthesiology</i>. 2010 Apr;112(4):810-33. - Pain management in the long-term care setting: percentage of patients with documented assessment for pain using standardized tool on admission. 2004 Jan. NQMC: 001413 American Medical Directors Association - Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf - Effective Health Care Program Research Report Number 24 - Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, Myers C, Noonan MP, Owens J, Saeger L, Schweim K, Shteyman G, Walker N. Assessment and management of chronic pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 Nov. 105 p.	
OBSERVACIONES	Indicador compuesto. La valoración completa incluye lo siguiente	

de forma explícita:

- o Intensidad del dolor, con escala.
 - o Cronología (tiempo desde inicio y frecuencia).
 - o Distribución (localización).
 - o Evolución (historial de agravamiento/alivio).
 - o Síntomas acompañantes tales como pérdida de fuerza, acorchamiento, hipertrofia o atrofia cutánea)
 - o Examen neurológico.
 - o Examen musculoesquelético.
 - o ansiedad/depresión.
 - o Sueño.
 - o Alergias (sobre todo a analgésicos).
 - o Abuso de fármacos (analgésicos, benzodiacepinas, tranquilizantes).
 - o Situación socio-familiar (entorno y apoyo)
 - o Historia y situación laboral (tipo de trabajo y actividad).
 - o Diagnóstico.
- Debe realizarse en la primera consulta de pacientes con dolor crónico.
 - Dolor crónico: aquel dolor que persiste más allá de 3 meses, a pesar del cese del estímulo que lo causó (*Internacional Association for the Study of Pain*, IASP).

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III AREA: A Sub-área: 1 Nº 2	DOLOR CRONICO NO MALIGNO GENERAL (6 indicadores) General(4 indicadores) 2 (de 4)	CODIGO eCIE-9: Procesos de dolor crónico distintos de 0. No incluir Cefaleas, Fibromialgias y Dolor Pélvico Crónico.
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO DEL DOLOR SIGUIENDO LA ESCALA ANALGÉSICA DEL DOLOR, ADAPTADA A CADA INDIVIDUO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historia clínica	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con dolor crónico (excepto cefaleas, dolor pélvico y fibromialgia) en los que se pauta un régimen de medicación ajustado a valoración del dolor de conformidad con la escala analgésica de OMS y las circunstancias de cada individuo	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A2/B ^{2,4}	
Numerador	Nº de pacientes con dolor crónico con tratamiento analgésico siguiendo escala analgésica de la OMS en función de la valoración de la intensidad del dolor mediante escala validada y las circunstancias individuales del paciente.	
Denominador	Nº total de pacientes con dolor crónico (excepto fibromialgia, dolor pélvico crónico y cefaleas).	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de NQMC (<i>National Quality Measures Clearinghouse</i>) y SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. NQMC:001423 American Medical Directors Association. http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/search/search.aspx?term=chronic+pain Descargado 18.07.2011	

2. Practice Guidelines for Chronic Pain Management: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810-33.
3. MANAGEMENT CANCER PAIN. MALAYSIA JULIO 2010. Clinical practice guideline MOH/P/PAK/205.10 (GU9. Descargado 18.07.2011: www.acamed.org.my
4. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf
5. WHO's pain ladder. Descargado 18.07.2011: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008
7. Documento interdisciplinar de consenso para el tratamiento de la fibromialgia. De Miquel CA, Campayo JG, Flórez MT, Arguelles JM, Tarrio EB, Montoya MG, Martín ÁP, Salio AM, Fuentes JV, Alberch EA, de la Cámara AG. Actas Esp Psiquiatr. 2010 Mar; 38(2): 108-20.
8. Cooper JW, Burfield AH. Assessment and management of chronic pain in the older adult. J Am Pharm Assoc. 2010; 50: e89-e101
9. AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Descargado 21.07.2011 en: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf
10. Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and. British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP, 2007
11. Fitzcharles MA, Lussier D, Shir Y. Management of Chronic Arthritis Pain in the Elderly. Drugs & Aging 2010; 27 (6): 471-90

OBSERVACIONES

1. **Indicador compuesto** que incluye:
 - Tratamiento según escala analgésica.
 - Tratamiento pautado (por ejemplo cada 3-6 horas), no “si dolor” o sujeto a demanda.
 - Adaptado a cada individuo
2. Contingente a la existencia de valoración explícita del nivel de dolor. Si no hay valoración explícita, anotar “no evaluable” y calcular cumplimiento en dos fases: 1º) % de no evaluables; y 2º) % de cumplimiento en aquellos en que hay valoración explícita del dolor.
3. Escala analgésica de la OMS
 - Puntuación 1-4 dolor leve: 1º escalón OMS: no opioides (aspirina, paracetamol, otros AINES)
 - Puntuación 5-6 dolor moderado, o fracaso terapéutico del 1er. escalón: 2º escalón OMS: opioides leves (codeína)

	• Puntuación 7-10 dolor severo o fracaso terapéutico del 2º escalón: 3º escalón OMS: opioides Fuertes (morfina) 4. Adaptación a circunstancias individuales, comprobar lo siguiente: 4.1. Si no se sigue la escala: Justificación de excepciones 4.2. Indagar y valorar explícitamente compatibilidad con otra medicación que el paciente pueda estar tomando 4.3. Valoración de efectos secundarios de la medicación: • AINES: Toxicidad gástrica, renal o cardíaca. HTA sistólica • Paracetamol: Toxicidad hepática • Opioides: Sedación, Náuseas, Vómitos, Depresión respiratoria 4.4. Valoración de contraindicaciones • AINES: Enfermedad renal, Úlcus gástrico, Fallo Congestivo • Paracetamol: Fallo Hepático, Abuso de alcohol • Opioides: Enfermedad respiratoria avanzada, Asociación con benzodiacepinas, alcohol o barbitúricos, Mas de un opioide por 2 o mas vías diferentes • En caso de pacientes de edad <65 años, valorar dosis y tratamiento profiláctico de efectos secundarios (en <u>indicadores adicionales</u>) 5. Valorar en la última consulta que figure en la historia. 6. El indicador no aplica a pacientes con fibromialgia, dolor pélvico crónico o cefaleas en general
--	--

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III AREA: A Sub-área: 1 Nº 3	DOLOR CRONICO NO MALIGNO GENERAL (6 indicadores) General (4 indicadores) 3 (de 4)	CODIGO eCIE-9: Procesos de dolor crónico distintos de 0.
NOMBRE DEL INDICADOR	ABORDAJE MULTIMODAL DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con dolor crónico en los que se realiza tratamiento multimodal y adecuado a su patología.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/A ^{1,2} , A2/A ^{1,2} , C2/B ^{1,2}	
Numerador	nº de pacientes con dolor crónico que están siendo tratados de forma multimodal adecuada.	
Denominador	nº total de pacientes con dolor crónico	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Practice Guidelines for Chronic Pain Management: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810-33. 2. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 3. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. EUROPEAN UROLOGY 57 (2010) 35 – 48. 4. Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, Myers C, Noonan MP, Owens J, Saeger L, Schweim K, Shteyman G, Walker N. Assessment and management of chronic pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 Nov. 105 p.	

OBSERVACIONES	• Tratamiento multimodal: cuando se combinan más de un tipo de terapias (analgésicos, antidepresivos, anticomiciales, anestésicos locales, coadyuvantes, etc. y/o técnicas invasivas, y/o terapias psicofísicas). • Valorar separadamente: 1º existencia de tratamiento multimodal; 2º su adecuación. • Para valorar adecuación: 1. Anticomiciales (ver listado adjunto): solo en dolor neuropático (excepto neuropatía diabética) y dolor pélvico crónico. 2 .Antidepresivos (ver listado adjunto): no aplica a dolor pélvico crónico. 3. Tratamientos intervencionistas : su presencia debe ir acompañada de <u>justificación explícita</u>. NO se recomiendan los siguientes -Denervación química como 1ª opción. -Bloqueo de nervio periférico de larga duración (Según la International Society for the Study of Pain: Bloqueos ablativos, función sensitivo-motora no recuperable más allá de un tiempo razonable, por ejemplo 1 año) -Bloqueo neurolítico intratecal en dolor oncológico. -Radiofrecuencia en dolor radicular lumbar. -Bloqueos simpáticos de larga duración (bloqueos ablativos, función simpática no recuperable más allá de un tiempo razonable, por ejemplo 1 año) en SRDC (Síndrome Regional Doloroso Complejo) no neuropático. • Valorable en Atención Primaria y hospitalaria. • Puede interesar valorar adecuación de uso de tratamientos intervencionistas como indicador separado, teniendo como denominador los pacientes sometidos a tratamientos intervencionistas.
---------------	--

LISTADO de antidepresivos (ADT, IRS) y Anticomiciales:

Anticomiciales:

Fenitoína, Valproato, Oxcarbazepina, Gabapentina, Pregabalina, Levetiracetam, Carbamazepina, Lamotrigina, Topiramato, Tiagabina, Vigabatrina, Zonisamida

IRS (Inhibidores de la recaptación de Serotonina):

[Citalopram](#) (Celexa, Cipramil, Prisdal, Emocal, Sepram, Seropram), [Escitalopram](#) (Lexapro, Cipralex, Esertia), [Fluoxetina](#) (Prozac, Fontex, Fluneurin, Seromex, Seronil, Sarafem, Fluctin (EUR), Antipres (Vzla.)), [Fluvoxamina](#) (Luvox, Faverin, Fluvoprex, Dumirox]], [Paroxetina](#) (Paxil, Aroxat, Tamcere, Seroxat, Motiván, Frosinor, Aropax, Deroxat, Rexetin, Xetanor, Paroxat), [Sertralina](#) (Altruline, Conexine, Atenix, Zoloft, Besitran, Aremis, Lustral, Serlain, Eleval, Serolux), [Duloxetina](#) IRSNA (Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina), [Dapoxetina](#) (Priligy), y [Desvenlafaxina](#)

ADT (Antidepresivos tricíclicos:

amitriptilina (y butriptilina)	Elavil, ² Endep, Tryptanol, Trepiline, Amyzol
amoxapina	Asendin, ⁵ Asendis, Defanyl, Demolox, Moxadil
clomipramina	Anafranil ⁵
desipramina	Norpramin, ⁵ Pertofrane ²
dosulepina clorhidrato (dothiepin HCl)	Prothiaden, Thaden
doxepina	Adapin, Sinequan ⁵
imipramina (y dibenzepina)	Tofranil, ⁵ Janimine ²
iprindol	-
lofepramina	Gamanil
nortriptilina	Aventyl, ² Pamelor ⁵
opipramol	Opipramol-neuraxpharm, Insidon
protriptilina	Vivactil, ⁵ Rhotrimine
trimipramina	Surmontil ⁵

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	CODIGO eCIE-9: Procesos de dolor crónico distintos de 0.
AREA: A	GENERAL (6 indicadores)	
Sub-área: 1	General (4 indicadores)	
Nº 4	4 (de 4)	
NOMBRE DEL INDICADOR	USO ADECUADO DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS INVASIVOS	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con dolor crónico y procedimiento diagnostico invasivo en los que éste se ha realizado de forma adecuada.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	B2/B ^{1,2} , B3/C ¹	
Numerador	Nº de pacientes con dolor crónico en los que el test diagnóstico invasivo es adecuado	
Denominador	Nº de pacientes con dolor crónico en los que se ha realizado un test diagnóstico invasivo	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (atención hospitalaria)	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Practice Guidelines for Chronic Pain Management: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810-33 2. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf	
OBSERVACIONES	• Procedimientos diagnósticos invasivos a valorar (denominador): - Bloqueos de nervios. - Discografía provocativa. • Valoración de la adecuación: - En general: El procedimiento debe ser guiado por técnicas de imagen - Bloqueos diagnósticos de ramas nerviosas medias e inyecciones facetarias: Deben utilizarse en sospecha de dolor facetario - Bloqueos diagnósticos de ramas nerviosas laterales e inyecciones sacro ilíacas: Deben usarse en sospecha de dolor sacro ilíaco - Bloqueos diagnósticos de nervios: Deben considerarse para determinar el nivel anatómico del dolor radicular - Bloqueos diagnósticos del simpático: Deben utilizarse en sospecha de dolor con soporte vegetativo (afecta a funciones mediadas por el Sistema Simpático o Parasimpático (Alteraciones de la Sudoración, Salivación, Pupilas, Motilidad intestinal, de la micción, Sexuales,	

Hipotensión, Bradicardia, etc.). NO deben usarse para predecir resultados de cirugía, intervención química o radiofrecuencia

- **Bloqueos de nervios periféricos:** Deben usarse en dolor específico periférico

- **Discografía provocativa:** NO debe usarse en sospecha de dolor crónico de espalda inespecífico.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	CODIGO eCIE-9: Procesos de dolor crónico distintos de 0.
AREA: A	GENERAL (6 indicadores)	
Sub-área: 2	Pacientes con edad >65 años (2 indicadores)	
Nº: 1	1 (de 2)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO Y EDAD >65 AÑOS CON DOSIS AJUSTADAS A SU EDAD	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con dolor crónico y edad >65 años en los que el tratamiento está ajustado a su edad.	
Niveles de Evidencia y Fuerza de las Recomendaciones	A2/A ^{1,2,3} , A1/B ^{2,3,4} , A2/B ¹⁻⁵ , B1/B ¹⁻⁴ , C2/B ¹⁻⁴ , A1/D ^{1,2,3,5} , A2/D ^{2,3} , C2/D ^{1,2} , D/D ¹⁻⁴	
Numerador	Nº de pacientes con dolor crónico y edad >65 años tratados con dosis ajustadas a su edad	
Denominador	Total de pacientes con dolor crónico y edad >65 años tratados	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 2. Cooper JW, Burfield AH. Assessment and management of chronic pain in the older adult. J Am Pharm Assoc. 2010; 50: e89-e101 3. AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Descargado 21.07.2011 en: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf 4. Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and. British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP, 2007 5. Fitzcharles MA, Lussier D, Shir Y. Management of Chronic Arthritis Pain in the Elderly. Drugs & Aging 2010; 27 (6): 471-90	
OBSERVACIONES	• Dosis adecuada: - o PARACETAMOL 500 mg /4 h respetando la noche (Max/día = 2,6 gr). 2ª Elección AINES (ver listado adjunto) + Inhibidor de la Bomba de Protones (IBP, ver listado adjunto) o Misoprostol (puede usarse COX2 o AAS + IBP) - o Opioides: ▪ Dosis baja de comienzo, titulación lenta, alargar intervalo de dosis (un 30% de la recomendada): Titular las necesidades individuales comenzando con dosis del 25% de la recomendada, y subirla un 25% cada 3 días, hasta conseguir la analgesia que el paciente tolere o aparezcan efectos adversos a los opioides (nauseas, vómitos, estreñimiento, sudoración, disforia). ▪ Monitorización de efectos adversos cada 24-48 h d hasta alcanzar la	

máxima analgesia con mínimos efectos adversos.

- Evitar el uso concomitante de benzodiacepinas.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III AREA: A Sub-área: 2 Nº 2	DOLOR CRONICO NO MALIGNO GENERAL (6 indicadores) Pacientes con edad >65 años (2 indicadores) 2 (de 2)	CODIGO eCIE-9: Procesos de dolor crónico distintos de 0.
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO Y EDAD >65 AÑOS CON TRATAMIENTO CONCOMITANTE PARA PREVENIR EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANALGÉSICOS	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con dolor crónico y edad > 65 años, tratados con analgésicos, en los que hay pautado tratamiento concomitante para prevenir efectos secundarios de los analgésicos.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A2/A ¹⁻⁵ , A2/B ¹⁻⁵ , C2/A ¹⁻⁶ , A1/D ¹⁻⁴ , D/B ^{1,2,3,5}	
Numerador	Nº de pacientes con dolor crónico y edad >65 años tratados con analgésicos y tratamiento concomitante para prevenir sus efectos secundarios	
Denominador	Total de pacientes con dolor crónico y edad >65 años tratados con analgésicos	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 2. AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Descargado 21.07.2011 en: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf 3. Cooper JW, Burfield AH. Assessment and management of chronic pain in the older adult. J Am Pharm Assoc. 2010; 50: e89-e101 4. Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and. British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP, 2007 5. Fitzcharles MA, Lussier D, Shir Y. Management of Chronic Arthritis Pain in the Elderly. Drugs & Aging 2010; 27 (6): 471-90 6. Furlan AD, Reardon R, Weppler C, National Opioid Use Guideline Group. CMAJ 2010; 182 (9): 923-30	
OBSERVACIONES	Tratamiento preventivo de efectos secundarios : - Para AINES (listado adjunto) : IBP (listado adjunto)/Misoprostol, o COX2 (listado adjunto)/AAS + IBP (A1 / Fuerte Recomendación) - Para Opioides Mayores (listado adjunto) : Laxantes (A1 / Fuerte	

Recomendación)

- Antieméticos, si precisa (Listado adjunto) (B / Moderada Recomendación)

AINES (Anti inflamatorios no esteroides): vía administración, dosis habitual, dosis máxima y potencia equianalgésica a AAS 650 mg

Fármaco	Vía adm *	Dosis habitual (mg)	Dosis máxima (mg/día)	Potencia equianalgésica con 650 mg AAS oral
AAS ^a	Oral	500/6-8 h	4000	-
	Iv	900-1800/6-8 h	7200	
Ibuprofeno ^b	Oral	400/4-6 h 600 /6-8h	2400	400 mg de ibuprofeno
	Rectal	500/8 h	3000	
Naproxeno	Oral	500 mg 1ª dosis + 250/6-8 h	1500	500 mg de naproxeno
	Rectal	500 antes de acostarse	500	500 mg de naproxeno
	im	500/8-12 h	1500 (máx 2 días)	
Diclofenaco	Oral	50/6-8 h	200	25 mg diclofenaco
	Rectal	100 antes de acostarse	100	
	im	75/ 24 h	75 (máx 2 días)	
Dexketoprofeno	Oral	12,5/4-6 h o 25/8 h	75	
	im,iv	50/8-12 h	150	
Metamizol ^c	Oral	500/6-8 h	2000	-
	Rectal	1000/6-8 h	4000	
	Iv, im	1000/6-8 h	4000	
Paracetamol	Oral	500-1000/4-6 h	4000	
	Rectal	650/4-6 h	4000	
	iv	< 50 Kg: 15 mg/Kg/6-8 h > 50 Kg: 10-15 mg/kg/6-8 h	4000	

COX 2 (Inhibidores de la ciclooxigenasa 2):

Celecoxib 200 mg / 12-24 h vo (Max: 400 mg / 24 h)

Rofecoxib 12.5-25 mg / 24 h vo (Max: 50 mg / 24 h)

Parecoxib 20-40 mg /12 h iv (Max: 80 mg / 24 h)

Opioides Mayores:

[Buprenorfina](#), [Fentanilo](#), Metadona, [Hidromorfona](#), [Morfina](#), [Oxicodona](#), [Meperidina](#).

PROTECTORES GÁSTRICOS (para uso en tratamientos con AINES y COX 2)

Dosis usuales IBP prevención úlceras por AINES:

Esomeprazol 20mg c/24h

Lansoprazol 30mg c/24h

Omeprazol 20mg c/24h

Pantoprazol 20mg c/24h

Rabeprazol

IBP (Inhibidores de la Bomba de Protones): *Esomeprazol* (Aciago, Nexium), *Lansoprazol* (Bamalite, Estomil, Eudiges, Flugizol, Bator, Lansoprazol, Lanzol, Monolitum, Opiren, Pro Ulco, Protoner), *Pantoprazol* (Anagastra, Pantecta, Pantoprazol, Ulcotenal), *Rabeprazol sódico* (Aciphex, Pariet), y *Omeprazol*:

Audazol	Novek
Aulcer	Nuclosina
Belmazol	Omapren
Ceprandal	Omeprazol
Dolintol	Ompranyt
Elgam	Parizac
Emeproton	Pepticum
Gastrimut	Prysm
Indurgan	Sanamidol
Ipirasa	Ulceral
Losec	Ulcesep
Miol	Ulcometion
Norpramin	Zimor

LAXANTES (para uso con opioides mayores):

Lactulosa 15-45ml oral c/6-8h; Bisacodilo 5-10mg c/12-24h dosis máxima 30mg/día

ANTIEMÉTICOS

<u>Fármaco</u>	<u>Nombre Comercial</u>
Tietilperazina	torecan
Dimenhidrinato	biodramina cinfamar infantil cinfamar unidosis contramareo orravan valontan
Escopolamina	buscapina
Meclozina	chiclida dramine navicalm
Betahistina	fidium serc
Granisetron	Kytril
Ondansetron	yatrox zofran
Tropisetron	Navoban
Cinitaprida	Cidine
Cisaprida	arcasin fisiogastrol kelosal kinet prepulsid trautil
Cleboprida	clanzoflat cleboril flatoril
Domperidona	domperidona gamir motilium
Metoclopramida	polidasa primperan
Cleboprida / dimeticona	aeroflat aerored enterosilicona clanzoflat pankreoflat polidasa primperam complex
Claboprida /simeticona	cleboril clanzoflat flatoril
Metoclopramida / dimeticona	aero plus aeroflat kestomal primperam complex

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9:784.0; 346.0-346.99; 307.81; 339.00-339.89
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 1	GENERAL (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	DETECCIÓN DE ABUSO DE FARMACOS EN PACIENTES CON CEFALEA DE CUALQUIER ETIOLOGÍA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con cefalea de cualquier etiología con más de tres meses de tratamiento con opioides o triptanes en los que en su HC consta evaluación de abuso del tratamiento.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	B1/ B ^{1,2}	
Numerador	Nº de pacientes con cefalea de cualquier etiología en tratamiento con opioides o triptanes que consta en su HC evaluación de abuso del tratamiento.	
Denominador	Total de pacientes con cefalea de cualquier etiología en tratamiento con opioides o triptanes	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuntura para la profilaxis de la migraña (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab001218.html	
OBSERVACIONES	- Se aplica a pacientes con más de 3 meses de tratamiento. - Abuso de tratamiento: valorar si se indaga lo siguiente - Consecuencias adversas (intoxicación, somnolencia, disminución de actividades, irritabilidad, ansiedad, estado de ánimo lábil, aumento en las quejas por dolor, disfunción social), - Perdida de Control (historias de pérdida de receta, llamadas urgentes por dolor y necesidad del fármaco, abuso de otras sustancias) - Uso Compulsivo. “Craving” (Abstinencia).	

Se puede aplicar una herramienta para detectar el riesgo de abuso: Tara M. Bohn, Lauren B levy, Sheyla Celin, *Screening for abuse risk in pain patients*, Chronic Pain and Adicction Adv Psycosom 2011 Vol 30 pp 113-124.

- En caso de detectar abuso de tratamiento, valorar adicionalmente si reciben pautas de deshabitación paulatina.
- Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se traten cefaleas.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.00-346.99 (Excluir 346.5; 346.6)
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 2	Migrañas (5 indicadores)	
Nº 1	1 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO DE CRISIS MIGRAÑOSA EN FUNCIÓN DE INTENSIDAD DEL DOLOR	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes >12 años atendidos por crisis migrañosa sin aura en los que se recibe tratamiento adecuado a su nivel de intensidad.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/A ^{1,3,4,5} , A2/A ^{1,3,4,5} , A3/A ^{1,3,4} , B1/B ^{1,3,4}	
Numerador	Crisis de migraña tratadas en función de la intensidad del dolor	
Denominador	Pacientes con crisis de migraña mayores de 12 años	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement), NQMC (National Quality Measures Clearinghouse) y SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p. 2. Agency for Healthcare and Quality. National Quality Measures Clearinghouse. No. 5136 3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008. 5. Suthisang CC, Poolsup N, Suksomboon N, Lertpipometha V, Tepwitukgid B. Meta-analysis of efficacy and safety of naproxen sodium in the acute treatment of migraine. Headache, 2010; 50 (5): 808-18.	
OBSERVACIONES	• Indicador de evaluación contingente a la valoración explícita de la intensidad del dolor. Evaluar 1º % de pacientes en los que no se valora intensidad de dolor. • Aplicable a migrañas sin aura: Cefalea recurrente en ataques de 4-72 horas, de localización unilateral, pulsátil, de moderada-severa intensidad, agravada por la actividad física, y que asocia náuseas y/o fono y fotofobia, y no es atribuible a otro desorden (SIGN) • Tratamiento adecuado de la crisis migrañosa:	

- Dolor LEVE (EVA 1-4): AAS (900 mg); Ibuprofeno (400-1.200 mg) o Naproxeno; Antieméticos, y/o Ansiolíticos
- Dolor MODERADO (EVA 5-6): Añadir Paracetamol (1.000 mg)
- Dolor INTENSO (EVA 7-10): Añadir Triptanos. Si no responde a uno, cambiar a otro: Almotriptan, Eletriptan o Rizatriptan
- Excluir pacientes <12 años.
- Valorable en cualquier nivel asistencial (urgencias, primaria, hospitales) en el que se atiendan crisis de migraña.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.00-346.99 Excluir (346.2; 346.4)
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 2	Migrañas (5 indicadores)	
Nº 2	2 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIGRAÑA Y TRATAMIENTO PROFILACTICO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con migraña (excepto migraña menstrual y cefalea en racimos) en los que se prescribe tratamiento profiláctico adecuado.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A2/A ¹⁻⁵ , A2/B ¹⁻⁵ , A3/B ¹⁻⁵	
Numerador	Nº de pacientes con migraña con tratamiento profiláctico adecuado.	
Denominador	Total pacientes con migraña (excepto migraña menstrual y cefalea en racimos)	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuntura para la profilaxis de la migraña (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab001218.html 3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 4. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p. 5. Chronic pain and CAM. National Center for Complementary and Alternative Medicine. 2010. Descargado 18.07.2011: http://nccam.nih.gov/health/pain/D456.pdf 6. Linde M, Mulleners W, Chronicle E, McCrory D. Valproato (ácido valproico o valproato de sodio o una combinación de ambos) para la profilaxis de la migraña episódica en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD010611. DOI: 10.1002/14651858.CD010611. 7. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Sep. 38 p. (Clinical guideline; no. 150).	
OBSERVACIONES	• No aplica a Migraña menstrual, ni a Cefalea en racimos.	

- El tratamiento profiláctico está indicado en pacientes en los que la migraña interfiera en su rutina diaria (SIGN), que puede concretarse en la ocurrencia de <15 días entre crisis (SIGN), o tres crisis por mes y mala respuesta al tratamiento (SEMERGEN).
- Tratamiento profiláctico adecuado:
 - Amitriptilina, Venlafaxina, Topiramato y/o Propanolol
 - Puede incluir acupuntura, asociada al tratamiento básico (revisión Cochrane).
 - En caso de migraña episódica: Valporato.
- Evaluable en cualquier nivel asistencial en el que se trate a pacientes con migraña.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.00-346.99
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 2	Migrañas (5 indicadores)	
Nº 3	3 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA MIGRAÑA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con migraña en los que consta en su historia clínica la oferta de tratamientos no farmacológicos complementarios.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/B ^{1,2}	
Numerador	Nº de pacientes con migraña a los que se les recomienda tratamientos complementarios no farmacológicos	
Denominador	Pacientes en tratamiento por migraña	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Chronic pain and CAM. National Center for Complementary and Alternative Medicine. 2010. Descargado 18.07.2011: http://nccam.nih.gov/health/pain/D456.pdf	
OBSERVACIONES	• Tratamientos no farmacológicos: Acupuntura, Ejercicio y/o Relajación. • Valorable en todos los niveles asistenciales en los que se trate a pacientes con migraña.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.00-346.99
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 2	Migrañas (5 indicadores)	
Nº 4	4 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	NINGÚN PACIENTE CON MIGRAÑA DEBE RECIBIR ERGOTAMINA o BOTOX COMO TRATAMIENTO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con migraña en los que NO consta en su historia clínica tratamiento con ergotamina o botox.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A3/D ¹	
Numerador	Porcentaje de pacientes atendidos por Migraña que en su historia clínica NO consta tratamiento con ergotamina o botox	
Denominador	Nº de pacientes tratados por migraña.	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008	
OBSERVACIONES	Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con migraña.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.00-346.99
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 2	Migrañas (5 indicadores)	
Nº 5	5 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	USO INADECUADO DE PRUEBAS DE NEUROIMAGEN EN PACIENTES CON MIGRAÑA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de migraña y examen neurológico normal a los que NO se les realizan pruebas de neuroimagen.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/D ^{1,2}	
Numerador	Nº de pacientes con diagnóstico de migraña y examen neurológico normal que NO tienen reflejado en su HC alguna prueba de neuroimagen	
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de migraña y examen neurológico normal	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p.	
OBSERVACIONES	- Ningún paciente atendido con historia clara de migraña (SIGN: Cefalea recurrente en ataques de 4-72 horas, de localización unilateral, pulsátil, de moderada-severa intensidad, agravada por la actividad física, y que asocia náuseas y/o fono y fotofobia, y no es atribuible a otro desorden) y examen neurológico normal tiene indicada la petición de pruebas de neuroimagen - Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con migraña.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III		Código eCIE-9: 346.40-346.43
AREA: B		
Sub-área: 3		
Nº 1		
DOLOR CRONICO NO MALIGNO		
CEFALEAS (13 indicadores)		
Migraña menstrual (2 indicadores)		
1 (de 2)		
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ANALGESICO ADECUADO EN MUJERES CON MIGRAÑA MENSTRUAL	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de mujeres atendidas por migraña menstrual en las que hay prescripción de tratamiento adecuado.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ^{1,2,3}	
Numerador	Nº de mujeres con migraña menstrual que reciben tratamiento adecuado	
Denominador	Total de mujeres con migraña menstrual	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1.Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p. 3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 4. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Sep. 38 p. (Clinical guideline; no.150) http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38444&search=chronic+pain	
OBSERVACIONES	• Tratamiento adecuado: - A. Mefenámico ó - AAS + Paracetamol + Cafeína ó - Triptanos (frovatriptan (2.5 mg twice a day) or zolmitriptan (2.5 mg twice or three times a day) • Valorable en todos los niveles asistenciales que traten migraña menstrual	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.40-346.43
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 3	Migraña menstrual (2 indicadores)	
Nº 2	2 (de 2)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ADECUADO EN MUJERES CON MIGRAÑA MENSTRUAL	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de mujeres con migraña menstrual en las que se prescribe tratamiento profiláctico adecuado.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ^{1,2,3}	
Numerador	Nº de mujeres con migraña menstrual con profilaxis adecuada	
Denominador	Total de mujeres con migraña menstrual	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p. 3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 4. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Sep. 38 p. (Clinical guideline; no.150) http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38444&search=chronic+pain	
OBSERVACIONES	• Tratamiento profiláctico adecuado : - Flovatriptan o Noratriptan 3-4 días antes de la fecha prevista para la menstruación • Valorable en todos los niveles asistenciales en los que se trate mujeres con migraña menstrual.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 346.50-346.53; 346.60-346.63
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 4	Migraña con aura en mujeres	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	MUJERES EN TRATAMIENTO POR MIGRAÑA CON AURA, QUE NO ESTAN UTILIZANDO CONTRACEPTIVOS ORALES SIMULTANEAMENTE	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de mujeres en tratamiento por migraña con aura en las que NO consta en su historia clínica tratamiento contraceptivo oral.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	B1/D ¹	
Numerador	Nº de mujeres en tratamiento por migraña con aura que no toman contraceptivos orales.	
Denominador	Total de mujeres con migraña con aura tratadas	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008. 2. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Sep. 38 p. (Clinical guideline; no.150) http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38444&search=chronic+pain	
OBSERVACIONES	• Migraña con aura: migraña a la que se asocian síntomas neurológicos focales que aparecen inmediatamente antes del dolor (93 por ciento) o coincidiendo con su aparición (5 por ciento) y suelen durar menos de 60 minutos. La presentan un 20 por ciento de las migrañas. Los síntomas más frecuentes del aura son visuales (95 por ciento): visión borrosa, puntos brillantes y centelleantes, pérdida de visión en parte del campo visual, seguidos de los sensitivos (40 por ciento): se caracterizan por una mezcla de cosquilleo y de entumecimiento, en un lado de la cara o de la mano hasta abarcar todo un lado del cuerpo. A veces se producen parálisis o pérdida de fuerza de medio cuerpo. • Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se traten mujeres con migraña con aura.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 339.12, 307.81
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 5	Cefalea tensional (2 indicadores)	
Nº 1	1 (de 2)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON CEFALEA TENSIONAL QUE TIENEN ANALGÉSICO PAUTADO PARA EL BROTE AGUDO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea tensional en los que en su historia clínica consta tratamiento pautado para el brote agudo	
NIVEL DE EVIDENCIA; FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ^{1,2,3}	
Numerador	Nº de pacientes con cefalea tensional con analgesia pautada para el brote agudo	
Denominador	Total de pacientes en tratamiento por cefalea tensional	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de SEMERGEN	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p. 3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 4. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Sep. 38 p. (Clinical guideline; no.150) http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38444&search=chronic+pain	
OBSERVACIONES	- Cefalea tensional: Cefalea bilateral, opresiva, intensidad media-moderada, que no interfiere con la actividad rutinaria (SIGN). CDH-II (<i>International Classification of Headache Disorders</i>, 2nd ed.): A. Al menos 10 episodios que ocurran en <1 día/mes en promedio (<12 días/año) y cumpla con los criterios B-D. B. Cefalea que dura de 30 minutos a 7 días C. Cefalea que cumpla al menos 2 de las siguientes características: 1. Localización bilateral 2. Característica no pulsátil (opresiva) 3. Intensidad leve o moderada	

4. No empeora con la actividad física habitual como caminar o subir escaleras

D. Ambos de los siguientes:

1. No náuseas o vómitos (anorexia puede ocurrir)

2. Fotofobia o fonofobia

E. No atribuida a otra enfermedad

- Tratamiento de brote agudo con AAS y/o Paracetamol (SIGN). AINES en monoterapia (SEMERGEN)
- Valorable en todos los niveles en los se atiendan pacientes con cefalea tensional

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 339.12, 307.81
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 5	Cefalea tensional (2 indicadores)	
Nº 2	2 (de 2)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES EN TRATAMIENTO POR CEFALEA TENSIONAL QUE TIENEN PAUTADO TRATAMIENTO PROFILACTICO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea tensional en los que se ha prescrito tratamiento profiláctico.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻⁴	
Numerador	Nº de pacientes con cefalea tensional tratados con profilaxis adecuada	
Denominador	Total de pacientes tratados por cefalea tensional.	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de SEMERGEN	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008 2. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo del Dolor en AP. Documentos Clínicos SEMERGEN. 2006. Descargado 18.07.2011: http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/dolor/dolor_complet.pdf 3. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuntura para la profilaxis de la cefalea tensional (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab007587.html 4. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 Mar. 76 p. 5. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Sep. 38 p. (Clinical guideline; no.150) http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38444&search=chronic+pain	
OBSERVACIONES	• Tratamiento profiláctico: Amitriptilina (SIGN), o acupuntura (Revisión	

Cochrane).

- SEMERGEN lo recomienda si hay cefalea >8 días al mes.
- Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con cefalea tensional.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 346.20-346.23
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 6	Cefalea en racimos (2 indicadores)	
Nº 1	1 (de 2)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS QUE TIENEN TRATAMIENTO ANALGESICO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea racimos en los que consta en su HC prescripción de tratamiento analgésico adecuado	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹ (1++ / A en las escalas que utiliza la <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> en cuya Guía se basa el indicador)	
Numerador	Nº de pacientes con cefalea en racimos con tratamiento adecuado	
Denominador	Total de pacientes tratados por cefalea en racimos	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008. 2. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, Kildahl P, Krenik J, Liebow M, Linbo L, Myers C, Peterson S, Schmidt J, Swanson J. Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 Jan. 90 p. [140 references]. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43791&search=chronic+pain.	
OBSERVACIONES	• Cefalea en racimos: Ataque de cefalea intensa, periorbitaria y/o temporal, unilateral, de 15-180 minutos de duración y hasta 8 crisis diarias, que se acompaña de lagrimeo, rinorrea, miosis, ptosis y/o enema periorbitario (SIGN). • Tratamiento adecuado: Sumatriptan (6 mg s.c.); Sumatriptan nasal (20 mg) o Zolmitriptan nasal (5mg). • Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con cefaleas en racimos.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 346.20-346.23
AREA: B	CEFALEAS (13 indicadores)	
Sub-área: 6	Cefalea en racimos (2 indicadores)	
Nº 2	2 (de 2)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS QUE TIENEN PRESCRITO TRATAMIENTO PROFILACTICO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos por cefalea racimos en los que consta en su HC prescripción de tratamiento profiláctico adecuado	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/ A ¹ (1+ / B en las escalas que utiliza la <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> en cuya Guía se basa el indicador)	
Numerador	Nº de pacientes con cefalea en racimos con tratamiento profiláctico adecuado	
Denominador	Total de pacientes con cefalea en racimos	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. NHS Scotland. Edinburgh 2008. 2. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, Kildahl P, Krenik J, Liebow M, Linbo L, Myers C, Peterson S, Schmidt J, Swanson J. Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 Jan. 90 p. [140 references]. http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43791&search=chronic+pain	
OBSERVACIONES	• Tratamiento profiláctico adecuado: Verapamilo (240mg/día). • Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con cefaleas en racimos.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 455.0 al 455.9, 565.0 y 565.1, 569.49, 604.0-604.99, 607.9, 608.9, 617.0-617.9, 624.8, 625.0-625.5, 625.7-625.9
AREA: C	Dolor pélvico crónico (3 indicadores)	
Sub-área: 1	General (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	

NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO QUE TIENEN PRESCRITO TRATAMIENTO ADECUADO
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con dolor pélvico crónico en los que consta en su historia clínica tratamiento adecuado
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/A ^{1,2,3} , A2/B ^{1,2,3} , B3/B ^{1,2,3}
Numerador	Nº de pacientes con dolor pélvico crónico con tratamiento adecuado
Denominador	Total de pacientes con dolor pélvico crónico tratados
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. European Urology 2010; 57: 35-48 2. Fernandez S, Pelaez P, Aguilar JL. Tratamiento farmacológico en el dolor pélvico urogenital crónico: revisión de la evidencia disponible. Rev Soc Esp Dolor 2011; 18: 56-63 3. McGowan L, Escott D, Luker K, Creed F, Chew-Graham C. Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. BMC Family Practice 2010, 11:7 doi:10.1186/1471-2296-11-7. Descargado el 08.11.2011 http://www.pelvicpain.org.uk/uploads/documents/PPP-Primary_care_Mcgowan_L_2010.pdf
OBSERVACIONES	• Dolor pélvico crónico: incluye diferentes síndromes urológicos (vejiga, uretra, próstata, escroto, pene), ginecológicos (vagina, vulva), anorrectales, neurológicos (pudendo) y musculares. El dolor es percibido en cualquiera de los sistemas u órganos referidos (Fall et al.2010), y persiste > 6 meses. • Excluir <u>dolor vesical crónico</u> (vejiga dolorosa/Cistitis intersticial), y <u>dolor prostático crónico</u>, que tienen tratamiento específico (indicadores específicos) • Tratamiento adecuado: - o Paracetamol y/o COX2 (ver listado) y - o Gabapentina u Opioides y - o Técnicas de relajación COX2: meloxicam, rofecoxib, celecoxib, parecoxib, etoricoxib y valdecoxib

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III AREA: C Sub-área: 2 Nº 1	DOLOR CRONICO NO MALIGNO Dolor pélvico crónico (3 indicadores) Dolor prostático crónico (1 indicador) 1 (de 1)	Códigos eCIE-9: 601.1
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON DOLOR PROSTÁTICO CRÓNICO QUE TIENEN PRESCRITO TRATAMIENTO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con dolor prostático crónico en los que consta en su historia clínica tratamiento adecuado	
Niveles de Evidencia y Fuerza de las Recomendaciones	A2/B ^{1,2} , A3/B ^{1,2} , B3/B ^{1,2}	
Numerador	Nº de pacientes con dolor prostático crónico con tratamiento adecuado	
Denominador	Total de pacientes con dolor prostático crónico tratados	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. European Urology 2010; 57: 35-48 2. Fernandez S, Pelaez P, Aguilar JL. Tratamiento farmacológico en el dolor pélvico urogenital crónico: revisión de la evidencia disponible. Rev Soc Esp Dolor 2011; 18: 56-63	
OBSERVACIONES	• Tratamiento adecuado con: 1º Escalón: -AINES, Inhib. 5-alfa-reductasa (IAR) y/o Fitoterapia 2º Escalón: -Asocia Técnicas de relajación, Masajes, Tratamiento quiropráctico y/o Acupuntura • IAR: Finasterida y Dutasterida • Fitoterapia: Spasmo-Urgenin, Acubiron, Pronitol, Bidrolar, Tuzanil, Permixon y Seriprostal • Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con cefaleas en racimos.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 788.99, 595.1 al 595.3
AREA: C	Dolor pélvico crónico (3 indicadores)	
Sub-área: 3	Dolor vesical crónico (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON DOLOR VESICAL CRÓNICO QUE TIENEN PRESCRITO TRATAMIENTO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con dolor vesical crónico en los que consta en su historia clínica tratamiento adecuado	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A2/A ¹ , A3/B ¹ , B1/B ¹ , B3/B ¹	
Numerador	Nº de pacientes con dolor vesical crónico con tratamiento adecuado	
Denominador	Total de pacientes con dolor vesical crónico tratados	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. European Urology 2010; 57: 35-48	
OBSERVACIONES	- Incluye pacientes con Vejiga Dolorosa (solo síntomas) y Cistitis Intersticial (incluye síntomas y signos) - Tratamiento adecuado con: 1ºEscalón : Hidroxicina + Amitriptilina, y/o Ciclosporina A 2ºEscalón: Asocia Tratamiento intravesical Polisulfato de Pentosan Sódico (PPS) o Dimetil Sulfóxido (DMS), y A. Hialurónico y/o Condroitin Sulfato i.v. - Evaluable en todos los niveles asistenciales en los que se trate pacientes con cefaleas en racimos.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 724.2
AREA: D	LUMBALGIA INESPECIFICA (5 indicadores)	
Sub-área: 1	Lumbalgia (5 indicadores)	
Nº 1	1 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PROPORCIONAR EDUCACIÓN PARA EL RETORNO A LA ACTIVIDAD NORMAL	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas o encuesta usuario	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa de educación para el retorno a la actividad normal.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻⁴	
Numerador	nº de pacientes con lumbalgia inespecífica incluidos en un programa de educación el retorno a la actividad normal	
Denominador	nº total de pacientes con lumbalgia inespecífica en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS y/o Informe del usuario	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Guía de Práctica clínica de la lumbalgia inespecífica. 2005. Grupo Español de trabajo del Programa Europeo COST B13. 2. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. 2006 3. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. May 2009. 4. MN Community Measurement. Low Back Pain Measure. Impact and Recommendation Document. June 2010. 5. Ángel García, D., Martínez Nicolás, I., Saturno Hernández, P., & López Soriano, F. (2015). Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 38(1), 117–130. Retrieved from http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/30957	
OBSERVACIONES	• LUMBALGIA INESPECIFICA: tensión, dolor y / o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica del dolor. Varias estructuras en la parte posterior pueden contribuir a los síntomas, incluyendo las articulaciones, discos y los tejidos conectivos. (NICE clinical guideline 88). • Los programas de educación incluyen: -Causas y mecanismos del dolor -Recomendaciones sobre el tratamiento de dolor y como enfrentarse a ello en la vida diaria	

-Ergonomía aplicada a la vida cotidiana (casa, trabajo y ocio)

-Prevención de recaídas.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 724.2
AREA: D	LUMBALGIA INESPECIFICA (5 indicadores)	
Sub-área: 1	Lumbalgia (5 indicadores)	
Nº 2	2 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PROPORCIONAR TRATAMIENTO CON EJERCICIO TERAPEÚTICO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa de ejercicio terapéutico.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻⁵	
Numerador	nº de pacientes con lumbalgia inespecífica incluidos en un programa de ejercicio terapéutico	
Denominador	nº total de pacientes con lumbalgia inespecífica en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Guía de Práctica clínica de la lumbalgia inespecífica. 2005. Grupo Español de trabajo del Programa Europeo COST B13. 2. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. 2006 3. Health Care Guideline: Adult Low Back Pain. ICSI.2008 4. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. May 2009 5. MN Community Measurement. Low Back Pain Measure. Impact and Recommendation Document. June 2010. 6. Ángel García, D., Martínez Nicolás, I., Saturno Hernández, P., & López Soriano, F. (2015). Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 38(1), 117–130. Retrieved from http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/30957	
OBSERVACIONES	- LUMBALGIA INESPECIFICA: tensión, dolor y / o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica del dolor. Varias estructuras en la parte posterior pueden contribuir a los síntomas, incluyendo las articulaciones, discos y los tejidos conectivos. (NICE clinical guideline 88). - Los programas de ejercicio terapéutico incluyen: - Actividad aeróbica - Instrucciones sobre movimiento - Refuerzo muscular - Control postural	

O Estiramiento

- Evaluable en los niveles asistenciales donde se trate la lumbalgia y en los servicios de fisioterapia

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 724.2
AREA: D	LUMBALGIA INESPECIFICA (5 indicadores)	
Sub-área: 1	Lumbalgia (5 indicadores)	
Nº 3	3 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PROGRAMAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa cognitivo-comportamental.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A2/A ¹⁻⁴	
Numerador	nº de pacientes con lumbalgia inespecífica incluidos en un programa cognitivo-comportamental.	
Denominador	nº total de pacientes con lumbalgia inespecífica en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Guía de Práctica clínica de la lumbalgia inespecífica. 2005. Grupo Español de trabajo del Programa Europeo COST B13. 2. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. 2006 3. Health Care Guideline: Adult Low Back Pain. ICSI.2008 4. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. May 2009. 5. Ángel García, D., Martínez Nicolás, I., Saturno Hernández, P., & López Soriano, F. (2015). Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 38(1), 117–130. Retrieved from http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/30957	
OBSERVACIONES	- LUMBALGIA INESPECIFICA: tensión, dolor y / o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica del dolor. Varias estructuras en la parte posterior pueden contribuir a los síntomas, incluyendo las articulaciones, discos y los tejidos conectivos. (NICE clinical guideline 88). - Los programas cognitivo-comportamentales son programas de ayuda a los pacientes para aprender habilidades de afrontamiento, adaptación y manejo del dolor, aumentar la actividad física y controlar el estrés.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 724.2
AREA: D	LUMBALGIA INESPECIFICA (5 indicadores)	
Sub-área: 1	Lumbalgia (5 indicadores)	
Nº 4	4 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA CON TRATAMIENTO ANALGÉSICO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con lumbalgia inespecífica en los que consta tratamiento farmacológico adecuado	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ^{1,2}	
Numerador	nº de pacientes con lumbalgia inespecífica y tratamiento farmacológico adecuado	
Denominador	nº total de pacientes con lumbalgia inespecífica en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. 2006 2. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. May 2009 3. Chung JW, Zeng Y, Wong TK. Drug therapy for the treatment of chronic nonspecific low back pain: systematic review and meta-analysis. Pain Physician. 2013 Nov-Dec;16(6):E685-704. Review. PubMed PMID: 24284847.	
OBSERVACIONES	- LUMBALGIA INESPECIFICA: tensión, dolor y / o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica del dolor. Varias estructuras en la parte posterior pueden contribuir a los síntomas, incluyendo las articulaciones, discos y los tejidos conectivos. (NICE clinical guideline 88). - Tratamiento farmacológico adecuado: - Paracetamol: 650-1000mg cada 6 horas - Antiinflamatorios no esteroideos (COX-2): menos de 3 meses - Antiinflamatorios más relajantes musculares: menos de 1 semana	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 724.2
AREA: D	LUMBALGIA INESPECIFICA (5 indicadores)	
Sub-área: 1	Lumbalgia (5 indicadores)	
Nº 5	5 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA REFERIDOS A CIRUGÍA DE FORMA ADECUADA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con lumbalgia inespecífica y dolor intenso durante más de un año que han sido referidos a cirugía	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A3/A ¹	
Numerador	nº de pacientes con lumbalgia inespecífica con dolor severo más de un año que son referidos al servicio de cirugía.	
Denominador	nº total de pacientes con lumbalgia inespecífica en tratamiento con dolor intenso más de 1 año	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. May 2009	
OBSERVACIONES	- LUMBALGIA INESPECIFICA: tensión, dolor y / o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica del dolor. Varias estructuras en la parte posterior pueden contribuir a los síntomas, incluyendo las articulaciones, discos y los tejidos conectivos. (NICE clinical guideline 88). - Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trate la lumbalgia inespecífica y en los servicios quirúrgicos de referencia (traumatología)	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III AREA: E Sub-área: 1 Nº 1	DOLOR CRONICO NO MALIGNO OSTEOARTRITIS (5 indicadores) OSTEOARTRITIS (5 indicadores) 1 (de 5)	Códigos eCIE-9: 715.0-715.9, utilizando 5 y 6 como quinto dígito
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO CON EJERCICIO TERAPÉUTICO PARA PACIENTES CON OSTEOARTRITIS	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con osteoartritis en tratamiento a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio terapéutico supervisado.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/A ¹⁻⁴ , B1/A ¹⁻⁴	
Numerador	nº de pacientes con osteoartritis incluidos en un programa de ejercicio terapéutico supervisado.	
Denominador	nº total de pacientes con osteoartritis en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. EULAR Recommendations 2003. Ann Rheum Dis 2003;62:1145–1155. 2. Quality Indicators for the Care of Osteoarthritis in Vulnerable Elders. JAGS 55:S383–S391, 2007. 3. OSTEOARTHRITIS. National clinical guideline for care and management in adults. NICE. 2006 4. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, 137e162. 5. Wang SY, Olson-Kellogg B, Shamliyan TA, Choi JY, Ramakrishnan R, Kane RL. Physical therapy interventions for knee pain secondary to osteoarthritis: a systematic review. Ann Intern Med. 2012 Nov 6;157(9):632-44. doi: 10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00007. Review. PubMed PMID: 23128863. 6. Uthman OA, van der Windt DA, Jordan JL, Dziedzic KS, Healey EL, Peat GM, Foster NE. Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. BMJ. 2013 Sep 20;347:f5555. doi: 10.1136/bmj.f5555. Review. PubMed PMID: 24055922; PubMed Central PMCID: PMC3779121. 7. Marc C. Hochberg, Roy D. Altman, Karine Toupin April, Maria Benkhalti, Gordon Guyatt, Jessie McGowan, Tanveer Towheed, Vivian Welch, George Wells and Peter Tugwell. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Article first published online: 27 MAR 2012. Volume 64, Issue 4, pages 465–474, April 2012. DOI:	

	10.1002/acr.21596. Arthritis Care & Research. 8. Loew L, Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Kenny GP, Reid R, Maetzel A, Huijbregts M, McCullough C, De Angelis G, Coyle D; Ottawa Panel. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic walking programs in the management of osteoarthritis. Arch Phys Med Rehabil. 2012 Jul;93(7):1269-85. doi: 10.1016/j.apmr.2012.01.024. Epub 2012 Mar 12. Review. PubMed PMID: 22421624.
OBSERVACIONES	• Los programas deben incluir ejercicios suaves y adaptados a las diferentes condiciones del paciente con OA como una indicación más de su tratamiento. • Evitar la sobrecarga articular, eliminando impactos fuertes y repetidos sobre las articulaciones dañadas, a fin de preservarlas de un posible desgaste adicional por sobreuso • Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trate la osteoartritis y en los servicios de fisioterapia.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 715.0-715.9, utilizando 5 y 6 como quinto dígito
AREA: E	OSTEOARTRITIS (5 indicadores)	
Sub-área: 1	OSTEOARTRITIS (5 indicadores)	
Nº 2	2 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO DEL SOBREPESO EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con osteoartritis en tratamiento y sobrepeso a los que se les ha incluido en un programa de pérdida de peso.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/A ¹⁻³ , A1/B ¹⁻³	
Numerador	nº de pacientes con osteoartritis incluidos en un programa de pérdida de peso.	
Denominador	nº total de pacientes con osteoartritis en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. EULAR Recommendations 2003. Ann Rheum Dis 2003;62:1145–1155. 2. OSTEOARTHRITIS.National clinical guideline for care and management in adults. NICE. 2006 3. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, 137e162. 4. Marc C. Hochberg, Roy D. Altman, Karine Toupin April, Maria Benkhalti, Gordon Guyatt, Jessie McGowan, Tanveer Towheed, Vivian Welch, George Wells andPeter Tugwell. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Article first published online: 27 MAR 2012. Volume 64, Issue 4, pages 465–474, April 2012. DOI: 10.1002/acr.21596. Arthritis Care & Research	
OBSERVACIONES	• Contingente a valoración de sobrepeso: valorar separadamente si hay valoración de sobrepeso (al menos anotación del peso). • Sobrepeso valores del Índice de Masa Corporal entre 25–29.9 (kg/m2). • El mero consejo sobre necesidad de adelgazar NO cumple el indicador.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 715.0-715.9, utilizando 5 y 6 como quinto dígito
AREA: E	OSTEOARTRITIS (5 indicadores)	
Sub-área: 1	OSTEOARTRITIS (5 indicadores)	
Nº 3	3 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	VALORACION DE NECESIDAD DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PARA DEAMBULACIÓN EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con osteoartritis, dificultad para andar y para hacer actividades de la vida diaria durante más de 3 meses a los que se les ha recomendado la utilización de un dispositivo de asistencia para la deambulación.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	B1/B ¹⁻³	
Numerador	nº de pacientes con osteoartritis con dificultad para andar y para hacer actividades de la vida diaria durante más de 3 meses, a los que se recomienda la utilización de un dispositivo de asistencia para la deambulación.	
Denominador	nº total de pacientes con osteoartritis en tratamiento y que tienen dificultad para andar y para hacer actividades de la vida diaria durante más de 3 meses	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. EULAR Recommendations 2003. Ann Rheum Dis 2003;62:1145–1155. 2. OSTEOARTHRITIS.National clinical guideline for care and management in adults. NICE. 2006 3. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, 137e162. 4. Marc C. Hochberg, Roy D. Altman, Karine Toupin April, Maria Benkhalti, Gordon Guyatt, Jessie McGowan, Tanveer Towheed, Vivian Welch, George Wells andPeter Tugwell. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Article first published online: 27 MAR 2012. Volume 64, Issue 4, pages 465–474, April 2012. DOI: 10.1002/acr.21596. Arthritis Care & Research	
OBSERVACIONES	• Contingente a valoración de dificultad para andar y para hacer actividades de la vida diaria: valorar separadamente si hay valoración y después si se recomienda dispositivo de asistencia. • Valorable en pacientes con al menos 3 meses de seguimiento. • Dispositivos de asistencia ambulatoria incluye :	

- ☐ Bastones
- ☐ Muletas
- ☐ Andadores
- ☐ aparatos ortopédicos
- ☐ refuerzo en la rodilla
- ☐ vendas elásticas de rodilla.

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 715.0-715.9, utilizando 5 y 6 como quinto dígito
AREA: E	OSTEOARTRITIS (5 indicadores)	
Sub-área: 1	OSTEOARTRITIS (5 indicadores)	
Nº 4	4 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES CON OSTEOARTRITIS CON DOLOR LEVE o MODERADO Y TRATAMIENTO ANALGÉSICO ADECUADO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con osteoartritis y dolor leve o moderado en los que consta tratamiento analgésico adecuado	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/A ¹⁻² , D/B ¹⁻²	
Numerador	nº de pacientes con osteoartritis y dolor leve o moderado con tratamiento analgésico adecuado	
Denominador	nº total de pacientes con osteoartritis con dolor leve o moderado en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. EULAR Recommendations 2003. Ann Rheum Dis 2003;62:1145–1155. 2. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, 137e162 3. Marc C. Hochberg, Roy D. Altman, Karine Toupin April, Maria Benkhalti, Gordon Guyatt, Jessie McGowan, Tanveer Towheed, Vivian Welch, George Wells andPeter Tugwell. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Article first published online: 27 MAR 2012. Volume 64, Issue 4, pages 465–474, April 2012. DOI: 10.1002/acr.21596. Arthritis Care & Research	
OBSERVACIONES	- Contingente a valoración del dolor: valorar separadamente si hay valoración del dolor y después si el tratamiento es adecuado. - Tratamiento adecuado: - Paracetamol (por encima de 2,4 gr/día) y/o AINES - Capsaicina de aplicación tópica se debe considerarse antes de AINES por vía oral, inhibidores COX-2 u opioides. - Para tratamientos de larga duración con Paracetamol es posible (valorar) toxicidad gastrointestinal y renal.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO OSTEOARTRITIS (5 indicadores) OSTEOARTRITIS (5 indicadores) 5 (de 5)	Códigos eCIE-9: 715.0-715.9, utilizando 6 como quinto dígito
AREA: E		
Sub-área: 1		
Nº 5		
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO CON INYECCIONES INTRAARTICULARES CON CORTICOESTEROIDES O CON ÁCIDO HIALURÓNICO EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con osteoartritis, dolor moderado o intenso y no responden a la medicación analgésica oral a los que se les ha prescrito inyecciones intraarticulares con corticoesteroides o con Ácido Hialurónico	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/B ¹⁻³	
Numerador	nº de pacientes con osteoartritis y dolor moderado o intenso que no responden a la medicación analgésica oral a los que se prescribe inyecciones intraarticulares con corticoesteroides o con Ácido Hialurónico	
Denominador	nº total de pacientes con osteoartritis con dolor moderado o intenso que no responden a la medicación analgésica oral	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. EULAR Recommendations 2003. Ann Rheum Dis 2003;62:1145–1155. 2. OSTEOARTHRITIS.National clinical guideline for care and management in adults. NICE. 2006 3. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, 137e162	
OBSERVACIONES	- Contingente a valoración del dolor: valorar separadamente si hay valoración del dolor y después si la prescripción de inyecciones intraarticulares es adecuada. - La inyección de suplementos de corticoides o ácido hialurónico en la rodilla puede ser considerada en personas con osteoartritis y dolor en la rodilla que no responden (no remite el dolor) al tratamiento analgésico oral (al menos una semana de tratamiento, aunque se sugieren tres semanas: <i>The use of oral analgesics in primary care</i>. MeReC Bulletin Volume 11, Number 1, 2000.), o que no pueden tomar estos medicamentos. - No recomendado en articulaciones de la mano.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 714.0-714.9
AREA: F	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Sub-área: 1	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Nº 1	1 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con artritis reumatoide en los que se mide periódicamente la actividad de la enfermedad mediante sistemas de medida estandarizados tales como el DAS o el DAS28	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/B ^{1,2}	
Numerador	nº de pacientes con artritis reumatoide en los que consta medición estandarizada y periódica de la actividad de la enfermedad	
Denominador	nº total de pacientes con artritis reumatoide	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 123). 2. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Artritis Reumatoide (GUIPCAR) 2007 (actualización 2011). Sociedad Española de Reumatología. http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Proyectos/GUICAR_2007/GUICAR2007-Version2011.pdf	
OBSERVACIONES	• Periodicidad de medición (GUIPCAR): ○ Cada 1 a 3 meses, hasta conseguir la remisión o alcanzar la mínima actividad inflamatoria posible durante un periodo mantenido. ○ Los casos con AR establecida y en remisión completa de la enfermedad deben ser evaluados cada 6-12 meses. • DAS28: instrumento validado (Arthritis Rheum. 1995 Jan;38(1):38-43.Validity and reliability of the twenty-eight-joint count for the assessment of rheumatoid arthritis activity.Smolen JS, et al) que es utilizado tanto para la <i>valoración de la actividad de la enfermedad</i>(DAS 28<3,2 indica baja actividad de la AR; entre 3,2 y 5,1 indica actividad moderada y >5,1 una alta actividad) teniendo en cuenta la inflamación y el dolor de 28 articulaciones	

habitualmente afectadas por la enfermedad, como para *valorar la respuesta a los tratamientos* (buena respuesta al obtener un cambio de DAS 28 > 1,2, respuesta moderada entre 0,6-1,2 y no respuesta si < 0,6).

- Evaluar el indicador en primera y última consulta (en este caso, anotar si se ha valorado y en caso negativo cuando fue la última valoración)

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 714.0-714.9
AREA: F	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Sub-área: 1	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Nº 2	2 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	PROGRAMAS DE EJERCICIO DE BAJA INTENSIDAD PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio de baja intensidad supervisado.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/B ¹⁻³	
Numerador	nº de pacientes con artritis reumatoide incluidos en un programa de ejercicio de baja intensidad supervisado.	
Denominador	nº total de pacientes con artritis reumatoide	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 123). 2. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians, February 2009. 3. Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. GUIPCAR 2007. Sociedad Española de Reumatología, Madrid, Marzo de 2007. 4. GUIPCAR Group. Update of the clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis in Spain. Madrid (Spain): Spanish Society of Rheumatology; 2011 Dec. 367 p.	
OBSERVACIONES	- Los programas incluirán ejercicios aeróbicos (marcha, danza, bicicleta, ejercicios en piscina, etc.) combinados con ejercicios de fuerza muscular con pesas y/o bandas elásticas. - Frecuencia: 2-3 veces a la semana - Duración: 4-12 semanas - debe realizarse bajo supervisión para evitar exacerbación de los síntomas. - Evaluable en los niveles asistenciales en los que trata pacientes con artritis reumatoide y en los servicios de fisioterapia.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 714.0-714.9
AREA: F	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Sub-área: 1	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Nº 3	3 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ADECUADO CON FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARDs) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en los que consta tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs)	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻³	
Numerador	nº de pacientes con artritis reumatoide tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.	
Denominador	nº total de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 123). 2. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians, February 2009. 3. Recommendations for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. The Royal Australian College of General Practitioners 2009. Disponible en: http://www.racgp.org.au/guidelines/rheumatoidarthritis/recommendations	
OBSERVACIONES	• DMARDs: methotrexate (MTX) (Primera elección), ciclosporin A, hydroxychloroquine (HCQ), intramuscular gold, penicillamine and sulfasalazine (SASP). • Valorar 1º en general y 2º si se utilizan Methotrexato y sulfasalazina que son los fármacos de elección debido a su más favorable eficacia y perfiles de toxicidad.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 714.0-714.9
AREA: F	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Sub-área: 1	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Nº 4	4 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMBINADO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE NO RESPONDEN A LA MONOTERAPIA CON DMARDs (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad)	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide y fracaso de tratamiento monoterápico con DMARDs en los que consta prescripción adecuada de tratamiento combinado	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ^{1,2}	
Numerador	nº de pacientes con artritis reumatoide con tratamiento combinado.	
Denominador	nº total de pacientes con artritis reumatoide y fracaso de tratamiento monoterápico con DMARDs	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 123). 2. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians, February 2009. 3. GUIPCAR Group. Update of the clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis in Spain. Madrid (Spain): Spanish Society of Rheumatology; 2011 Dec. 367 p.	
OBSERVACIONES	• DMARDs: methotrexate (MTX), ciclosporin A, hydroxychloroquine (HCQ), intramuscular gold, penicillamine and sulfasalazine (SASP). • El tratamiento combinado puede consistir en más de un DMARDs (la mayoría de las combinaciones usan MTX) o un DMARD y dosis bajas (no exceder 15mg de prednisolona al día) de corticoides orales. • Se considera que hay fracaso de tratamiento monoterápico cuando no hay mejora en la valoración de la actividad de enfermedad	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 714.0-714.9
AREA: F	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Sub-área: 1	ARTRITIS REUMATOIDE (5 indicadores)	
Nº 5	5 (de 5)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ANALGÉSICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide y dolor en los que consta tratamiento analgésico adecuado	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ^{1,2}	
Numerador	nº de pacientes con artritis reumatoide con tratamiento analgésico adecuado.	
Denominador	nº total de pacientes con artritis reumatoide con dolor.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 123). 2. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians, February 2009.	
OBSERVACIONES	- Indicador contingente a valoración del dolor. Evaluar 1ª si se valora el dolor y 2º el tratamiento analgésico. - Tratamiento analgésico: 1ª elección: paracetamol o codeína 2ª elección: AINEs o inhibidores (COX-2). Deben evitarse en pacientes con cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca moderada o grave. - Debe ser introducida Gastroprotección en los pacientes con úlceras gastroduodenales que tomen AINEs.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 729.1
AREA: G	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Sub-área: 1	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Nº 1	1 (de 4)	
NOMBRE DEL INDICADOR	VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes atendidos con fibromialgia en los que se ha aplicado cuestionario validado de valoración del impacto de la enfermedad	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹	
Numerador	nº de pacientes con en los que se ha aplicado cuestionario validado de valoración del impacto de la enfermedad	
Denominador	nº total de pacientes con fibromialgia.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Management of fibromyalgia syndrome in adults . 2009 May. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. National Guidelines Clearinghouse (NGC-7367). http://www.guideline.gov/	
OBSERVACIONES	- Instrumento de valoración: Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia (FIQ). Compuesto por 10 ítems relativos a función física, nivel de dolor, fatiga, trastornos del sueño, ansiedad y depresión. Validado en España :Rev Esp Reumatol 2004;31(9):507-13. - Valorar la última consulta (se recomienda utilizar el cuestionario en cada consulta).	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 729.1
AREA: G	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Sub-área: 1	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Nº 2	2 (de 4)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO CON EJERCICIO AERÓBICO PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con fibromialgia a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio aeróbico supervisado.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻³	
Numerador	nº de pacientes con fibromialgia incluidos en un programa de ejercicio aeróbico supervisado	
Denominador	nº total de pacientes con fibromialgia.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Management of fibromyalgia syndrome in adults. 2009 May. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. National Guidelines Clearinghouse (NGC-7367). http://www.guideline.gov/ 2. Management of Fibromyalgia Syndrome. American Medical Association.(JAMA, November 17, 2004—Vol 292, No. 19) 3. Clinical Practice Guideline. Fibromyalgia Syndrome (Deutsches Ärzteblatt International. Dtsch Arztebl Int 2009; 106 (23): 383–91). 4. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, Danyliw A, Sawant A, Dal Bello-Haas V, Rader T, Overend TJ. Resistance exercise training for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 20;12:CD010884. doi: 10.1002/14651858.CD010884. Review. PubMed PMID: 24362925.	
OBSERVACIONES	• Los ejercicios aeróbicos incluyen ejercicios tanto en la tierra como en el agua, de intensidad moderada a alta utilizando grandes grupos de músculos en movimientos rítmicos y continuos. Tipo de ejercicios: andar, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, ejercicios en piscina, cicloergómetro, cinta rodante, etc. Intensidad: entre 60-75% Frecuencia Cardiaca máxima Frecuencia: 2-3 veces/semana Duración: entre 20 y 60 minutos durante 12- 24 semanas • Evaluable en los niveles asistenciales en los que trata pacientes con fibromialgia y en los servicios de fisioterapia.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 729.1
AREA: G	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Sub-área: 1	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Nº 3	3 (de 4)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con fibromialgia en tratamiento a los que se les ha prescrito tratamiento con antidepresivos	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻⁴	
Numerador	nº de pacientes con fibromialgia que tienen prescrito tratamiento con antidepresivos	
Denominador	nº total de pacientes con fibromialgia en tratamiento.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Management of fibromyalgia syndrome in adults. 2009 May. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. National Guidelines Clearinghouse (NGC-7367). http://www.guideline.gov/ 2. Management of Fibromyalgia Syndrome. American Medical Association.(JAMA, November 17, 2004—Vol 292, No. 19) 3. Clinical Practice Guideline. Fibromyalgia Syndrome (Deutsches Ärzteblatt International. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(23): 383–91) 4. EULAR. Ann Rheum Dis. Published online 20 Jul 2007; http://ard.bmj.com/. 5. Smith B, Peterson K, Fu R, McDonagh M, Thakurta S. Drug Class Review: Drugs for Fibromyalgia: Final Original Report [Internet]. Portland (OR): Oregon Health & Science University; 2011 Apr. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55552/ PubMed PMID: 21678632.	
OBSERVACIONES	• Antidepresivos: ○ Paroxetina (12.5-62.5 mg/ día, titular) ○ Amitriptilina (10-75 mg/día con administración nocturna, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad, para los que se deben reservar las dosis menores: de 5 a 10 mg en dosis única antes de acostarse, e incrementar lentamente hasta 25-50 mg). ó ○ Duloxatina (comenzando por dosis de 30mg/día e incrementar lentamente hasta 120 mg/día). ó ○ Milnacipran (administrar dos dosis al día comenzando por 12.5 mg el primer día e incrementar a 100 mg/día	

en una semana)

- Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trata pacientes con fibromialgia

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 729.1
AREA: G	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Sub-área: 1	FIBROMIALGIA (4 Indicadores)	
Nº 4	4 (de 4)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO CON PREGABALINA O CYCLOBENZAPRINA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con fibromialgia, en tratamiento con antidepresivos (durante al menos 12 semanas) y no mejoran su puntuación del FIQ en los que consta tratamiento con Pregabalina o Cyclobenzaprina.	
NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	A1/B ¹⁻⁴ , B1/B ¹⁻⁴	
Numerador	nº de pacientes con fibromialgia tratados con Pregabalina o Cyclobenzaprina.	
Denominador	nº total de pacientes con fibromialgia en tratamiento con antidepresivos (durante 12 semanas) que no mejoran su puntuación del FIQ .	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Management of fibromyalgia syndrome in adults. 2009 May. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. National Guidelines Clearinghouse (NGC-7367). http://www.guideline.gov/ 2. Management of Fibromyalgia Syndrome. American Medical Association.(JAMA, November 17, 2004—Vol 292, No. 19) 3. Clinical Practice Guideline. Fibromyalgia Syndrome (Deutsches Ärzteblatt International. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(23): 383–91) 4. EULAR. Ann Rheum Dis. Published online 20 Jul 2007; http://ard.bmj.com/. 5. Smith B, Peterson K, Fu R, McDonagh M, Thakurta S. Drug Class Review: Drugs for Fibromyalgia: Final Original Report [Internet]. Portland (OR): Oregon Health & Science University; 2011 Apr. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55552/ PubMed PMID: 21678632.	
OBSERVACIONES	• Pregabalina: 300-450 mg/día o Cyclobenzaprina: 10-30 mg/día como segundo escalón tras 12 semanas con antidepresivos sin mejoría en el Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia (FIQ). • Antidepresivos: - o Paroxetina (12.5-62.5 mg/ día, titular) - o Amitriptilina (10-75 mg/día con administración nocturna, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad, para los que se deben reservar las dosis menores: de 5	

- a 10 mg en dosis única antes de acostarse, e incrementar lentamente hasta 25-50 mg). ó
- o Duloxatina (comenzando por dosis de 30mg/día e incrementar lentamente hasta 120 mg/día). ó
- o Milnacipran (administrar dos dosis al día comenzando por 12.5 mg el primer día e incrementar a 100 mg/día en una semana)
- Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trata pacientes con fibromialgia

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Códigos eCIE-9: 250.6, 337.1, 357.2, 713.5, 337.1, 249.6
AREA: H	DOLOR NEUROPÁTICO (5 indicadores)	
Sub-área: 1	Neuropatía diabética (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ANALGÉSICO EN PACIENTES CON NEUROPATÍA DIABÉTICA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes diabéticos con dolor neuropático en los que se ha prescrito ADT, anticonvulsivantes o SNRI a dosis adecuadas como tratamiento analgésico	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻⁵	
Numerador	Nº de pacientes con dolor neuropático diabético en tratamiento con ADT, anticonvulsivantes o SNRI a dosis adecuada	
Denominador	nº total de pacientes con dolor neuropático diabético.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Fisterra – Guías Clínicas: Neuropatía Diabética. 2010. http://www.fisterra.com/guias2/ndiabetica.asp (Descargado el 14.11.2011). 2. Bohlega S, Alsaadi T, Amir A, et al. The Journal of International Medical Research 2010; 38: 295-317. 3. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009;57:1331-13346. 4. Cooper JW, Burfield AH. Assessment and Management of chronic pain in the older adult. J Am Pharm Assoc. 2010. 50: e89-e101 5. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. Pain 2010; 150: 573-81 6. Bril V, England J, Franklin GM, Backonja M, Cohen J, Del Toro D, Feldman E, Iverson DJ, Perkins B, Russell JW, Zochodne D. Evidence-based guideline: treatment of painful diabetic neuropathy. Report of the American Academy of Neurology, the American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Neurology. 2011 May 17;76(20):1758-65. 7. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Lamotrigine for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD006044. doi: 10.1002/14651858.CD006044.pub3. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;12:CD006044. PubMed PMID: 21328280; PubMed Central PMCID: PMC4161113.	
OBSERVACIONES	• Antidepresivos: ○ Amitriptilina: 25-100 mg/día; Venlafaxina, 75–225 mg/d.Duloxetina, 60–120 mg/d. Evitar en lo posible en pacientes con >65 años de edad, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad, para los que se deben prescribir en todo caso dosis menores: de 5 a 10 mg en dosis única antes de acostarse, e incrementar lentamente hasta 25-50 mg). por 12.5 mg	

- el primer día e incrementar a 100 mg/día en una semana). Se adjunta listado de otros antidepresivos tricíclicos.
- Anticonvulsivantes:
 - Preferentemente Pregabalina 150-600 mg/d. o Gabapentina 300-600 mg 3 veces al día. Se adjunta listado de otros anticonvulsivantes.
 - Inhibidores de la recaptación de Serotonina (SNRI):
 - Duloxetina 60-120 mg/d, Venlafaxina 50-100 mg/cada 6-8h día, Amitriptilina, 25–100 mg/d. Se adjunta listado de otros SNRI
 - Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trata pacientes con neuropatía diabética

LISTADO DE ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

Nombre	Marca comercial	Inhibidor de la recaptación de Norepinefrina	Inhibidor de la recaptación de Serotonina	Antagonista dopaminérgico	Antihistamínico
amitriptilina (y butriptilina)	Elavil, ² Endep, Tryptanol, Trepiline, Amyzol	si	si		si
amoxapina	Asendin, ⁵ Asendis, Defanyl, Demolox, Moxadil	si	si	metabolito	si
clomipramina	Anafranil ⁵	metabolito	si		
dosulepina clorhidrato (dothiepin HCl)	Prothiaden, Thaden	si			
doxepina	Adapin, Sinequan ⁵	si			si

iprindol	-	si			
lofepramina	Gamanil	si			
nortriptilina	Aventyl, ² Pamelor ⁵	si			
opipramol	Opipramol- neuraxphar m, Insidon	si			
protriptilina	Vivactil, ⁵ Rhotrimine	si			
trimipramina	Surmontil ⁵	si			si

LISTADO DE ANTICOMICIALES (ANTIEPILEPTICOS)

Anticonvulsivantes que pueden introducirse con dosis efectivas:

Fenitoína
Gabapentina
Pregabalina
Levetiracetam

Anticonvulsivantes que precisan titulación hasta alcanzar dosis efectivas:

Carbamazepina

Topiramato
Tiagabina
Vigabatrina
Zonisamida

LISTADO DE ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA (SNRI)

Los fármacos incluidos en esta clase incluyen los siguientes

- [Citalopram](#) (Celexa, Cipramil, Prisdal, Emocal, Sepram, Seropram)
- [Escitalopram](#) (Lexapro, Cipralex, Esertia)
- [Fluoxetina](#) (Prozac, Fontex, Fluneurin, Seromex, Seronil, Sarafem, Fluctin (EUR), Antipres (Vzla.))
- [Fluvoxamina](#) (Luvox, Faverin, Fluvoprex, Dumirox]])
- [Paroxetina](#) (Paxil, Aroxat, Tamcere, Seroxat, Motiván, Frosinor, Aropax, Deroxat, Rexetin, Xetanor, Paroxat)
- [Sertralina](#) (Altruline, Conexine, Atenix, Zoloft, Besitran, Aremis, Lustral, Serlain, Eleval, Serolux)
- [Duloxetina](#) ISRSNA (Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina)
- [Dapoxetina](#) (Priligy)
- [Desvenlafaxina](#)

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 053.10-053.19
AREA: H	DOLOR NEUROPÁTICO (5 indicadores)	
Sub-área: 2	Neuropatía postherpética (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ANALGÉSICO EN NEUROPATÍA POST-HERPÉTICA	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con dolor por neuropatía post-herpética en los que se ha prescrito ADT, anticonvulsivantes, SNRI y/o Lidocaína tópica a dosis adecuadas como tratamiento analgésico	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹⁻⁴	
Numerador	Nº de pacientes con dolor neuropático post-herpético en tratamiento con ADT, anticonvulsivantes, SNRI y/o Lidocaína tópica a dosis adecuadas	
Denominador	nº total de pacientes con dolor neuropático post-herpético.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Bohlega S, Alssaadi T, Amir A, et al. The Journal of International Medical Research 2010; 38: 295-31 2. Attala N, Cruccua, G, Barona R, Haanpaa M, Hanssona P, Jensena PT, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision Eur J Neurol 2010, 17: 1113–23 3. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 1331-46 4. Garroway N , Chhabra S, Landis S, Skolnik DC. What measures relieve postherpetic neuralgia?. J Fam Pract 2009; 58 (7): 384d-384f.: http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=7687&issue=July%202009&UID 5. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16;(3):CD007938. doi: 10.1002/14651858.CD007938.pub2. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2014;4:CD007938. PubMed PMID: 21412914; PubMed Central PMCID: PMC4171034.	
OBSERVACIONES	• Antidepresivos: ○ Amitriptilina: 65-100 mg/día; Nortriptilina: 65-73 mg/dia. Imipramina 25-300 mg/día. Evitar en lo posible en pacientes con >65 años de edad, debiendo tenerse en cuenta la disminución de tolerabilidad en los enfermos de avanzada edad. Se adjunta listado de otros antidepresivos tricíclicos. • Anticonvulsivantes: ○ Gabapentina 800-3600 mg / día. Pregabalina 75-600 mg/día. Se adjunta listado de otros anticonvulsivantes. • Inhibidores de la recaptación de Serotonina (SNRI):	

o Duloxetina 60-120 mg/día, Venlafaxina 50-100 mg/día.
Se adjunta listado de otros SNRI

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 350-350.9
AREA: H	DOLOR NEUROPÁTICO (5 indicadores)	
Sub-área: 3	Neuralgia del trigémino (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ANALGÉSICO ADECUADO EN NEURALGIA DEL TRIGÉMINO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con neuralgia del trigémino en los que se ha prescrito Carbamacepina como tratamiento analgésico a dosis adecuadas o cirugía si indicación.	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹	
Numerador	Nº de pacientes con neuralgia del trigémino en tratamiento con Carbamacepina a dosis adecuadas.	
Denominador	nº total de pacientes con neuralgia del trigémino	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Attala N, Cruccua, G, Barona R, Haanpaa M, Hanssona P, Jensena PT, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision Eur J Neurol 2010, 17: 1113–23	
OBSERVACIONES	• Carbamacepina 200-1200 mg/día • Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trata pacientes con neuralgia del trigémino. • La cirugía está indicada en caso de causa conocida de la compresión nerviosa susceptible de cirugía.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES			
GRUPO: III		DOLOR CRONICO NO MALIGNO	
AREA: H		DOLOR NEUROPÁTICO (5 indicadores)	
Sub-área: 4		Dolor neuropático post-amputación (1 indicador)	
Nº 1		1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR		TRATAMIENTO ANALGÉSICO ADECUADO EN DOLOR NEUROPÁTICO POST-AMPUTACIÓN	
FORMA DE MEDICIÓN		Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN		Porcentaje de pacientes con dolor post-amputación en los que se ha prescrito tratamiento analgésico con TENS (Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN		A1/A ¹	
Numerador		Nº de pacientes con dolor neuropático post-amputación (miembro fantasma) en tratamiento con TENS (Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).	
Denominador		nº total de pacientes con dolor post-amputación.	
FUENTE DE DATOS		HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR		Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		1. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. An updated Report by the American Society of Anesthesiologists. Task force on chronic pain Management. Anesthesiology 2010: 112:810-33	
OBSERVACIONES		• Evaluable en los niveles asistenciales en los que se trata pacientes con neuropatía post-amputación.	

FICHA DE PROPUESTA DE INDICADORES		
GRUPO: III	DOLOR CRONICO NO MALIGNO	Código eCIE-9: 338.22 y 338.28
AREA: H	DOLOR NEUROPÁTICO (5 indicadores)	
Sub-área: 5	Dolor post-quirúrgico crónico (1 indicador)	
Nº 1	1 (de 1)	
NOMBRE DEL INDICADOR	TRATAMIENTO ANALGÉSICO ADECUADO EN DOLOR POST-QUIRÚRGICO CRÓNICO	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con dolor post-quirúrgico crónico en los que consta tratamiento con Venlafaxina y/o Capsaicina tópica a dosis y vía adecuada como tratamiento analgésico	
NIVEL DE EVIDENCIA Y FUERZA DE RECOMENDACIÓN	A1/A ¹	
Numerador	Nº de pacientes con dolor neuropático post-quirúrgico crónico en tratamiento con Venlafaxina y/o Capsaicina tópica a dosis y vía adecuada	
Denominador	nº total de pacientes diagnosticados de dolor post-quirúrgico crónico.	
FUENTE DE DATOS	HISTORIAS CLÍNICAS	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Elaboración propia	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Attala N, Cruccua, G, Barona R, Haanpaa M, Hanssona P, Jensena PT, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision Eur J Neurol 2010, 17: 1113–23	
OBSERVACIONES	Dolor crónico post-operatorio: aquel que aparece a raíz de una intervención quirúrgica y se prolonga al menos dos meses sin que pueda ser explicado por otras causas (malignas, infecciosas, u otras enfermedades pre-existentes). Ip HYV, Abrishami A, Peng PWH., Wong J, Chung F. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. Anesthesiology 2009; 111(3): 657-77 • Tratamiento adecuado: - o Venlafaxina oral: 37,5 -75 mg/24H - o Capsaicina tópica: 0,0075%	

7.3. ANEXO III Reportes de Factibilidad de la Valoración por centro asistencial

Hospital General Universitario Reina Sofía

Los indicadores más problemáticos fueron los siguientes:

Generales

III.A.1.4. Uso adecuado de los procedimientos diagnósticos invasivos: *no se han encontrado casos.*

Cefaleas

III.B.3.1. Tratamiento analgésico adecuado en mujeres con migraña menstrual: *No se han encontrado casos con este epígrafe.*

III.B.3.2. Tratamiento profiláctico adecuado en mujeres con migraña menstrual: *No se han encontrado casos con este epígrafe.*

III.B.4.1. Mujeres en tratamiento por migraña con aura, que no están utilizando contraceptivos simultáneamente: *No se han encontrado suficientes casos de migraña con aura para poder completar este indicador.*

III.B.6.1. Pacientes con cefalea en racimos que tienen tratamiento analgésico adecuado: *no se han encontrado casos.*

III.B.6.2. Pacientes con cefalea en racimos que tienen prescrito tratamiento profiláctico adecuado: *no se han encontrado casos.*

Dolor Pélvico Crónico

III.C.2.1. Pacientes con dolor prostático crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado: *pocos casos de dolor registrados y operaciones frecuentes antes de la cronificación.*

III.C.3.1. Pacientes con dolor vesical crónico que tienen prescrito tratamiento adecuado: *no se han encontrado suficientes casos con dolor crónico.*

Lumbalgia Inespecífica

III.D.1.1. Proporcionar educación para el retorno a la actividad normal a pacientes con lumbalgia inespecífica: *no se han encontrado casos con diagnóstico de lumbalgia inespecífica.*

III.D.1.2. Proporcionar tratamiento con ejercicio terapéutico a pacientes con lumbalgia inespecífica: *no se han encontrado casos con diagnóstico de lumbalgia inespecífica.*

III.D.1.3. Programas cognitivo-comportamental para pacientes con lumbalgia inespecífica: *no se han encontrado casos con diagnóstico de lumbalgia inespecífica.*

III.D.1.4. Pacientes con lumbalgia inespecífica con tratamiento analgésico adecuado: *no se han encontrado casos con diagnóstico de lumbalgia inespecífica.*

III.D.1.5. Pacientes con lumbalgia inespecífica referidos a cirugía de forma adecuada: *no se han encontrado casos con diagnóstico de lumbalgia inespecífica.*

Osteoartritis

III.E.1.3. Valoración de necesidad de dispositivos de asistencia para deambulación en pacientes con osteoartritis: *No se han encontrado suficientes casos de **osteoartritis** en los que se indicara en la historia que el paciente tiene dificultades para caminar o realizar actividades de la vida diaria.*

III.E.1.4. Pacientes con osteoartritis con dolor leve o moderado y tratamiento analgésico

adecuado: *no se han encontrado suficientes casos con valoración del dolor.*

III.E.1.5. Tratamiento con inyecciones intraarticulares con corticoides o con ácido hialurónico en pacientes con osteoartritis: *no se han encontrado suficientes casos con valoración del dolor.*

Artritis Reumatoide

III.F.1.4. Tratamiento farmacológico combinado en pacientes con artritis reumatoide que no responden a la monoterapia con DMARDs (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad): *no se han encontrado casos con valoración de la actividad de la enfermedad.*

Dolor Neuropático

III.H.1.1. Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía diabética: *no se han encontrado suficientes casos en los que existiese dolor.*

III.H.4.1. Tratamiento analgésico adecuado en dolor neuropático post-amputación: *no se han encontrado suficientes casos.*

Centro de Atención Primaria Alcantarilla/Sangonera la Seca

Los indicadores más problemáticos fueron los siguientes:

Generales

III.A.1.2. Tratamiento del dolor siguiendo la escala analgésica del dolor adaptada a cada individuo: *no se realiza la valoración del dolor en suficientes casos para completarlo.*

III.A.1.4. Uso adecuado de los procedimientos diagnósticos invasivos: *no se han encontrado casos.*

Cefaleas

III.B.2.5. Uso inadecuado de pruebas de neuroimagen en pacientes con migraña: *No se encontró el examen neurológico necesario para incluir a los pacientes en este indicador. Si existían alusiones a derivaciones al neurólogo, pero no los resultados de la valoración de este último.*

III.B.3.1. Tratamiento analgésico adecuado en mujeres con migraña menstrual: *No se han encontrado casos con este epígrafe.*

III.B.3.2. Tratamiento profiláctico adecuado en mujeres con migraña menstrual: *No se han encontrado casos con este epígrafe.*

III.B.6.1. Pacientes con cefalea en racimos que tienen tratamiento analgésico adecuado: *no se han encontrado casos.*

III.B.6.2. Pacientes con cefalea en racimos que tienen prescrito tratamiento profiláctico adecuado: *no se han encontrado casos.*

Dolor Pélvico Crónico

III.C.2.1. Pacientes con dolor prostático crónico que tiene pautado tratamiento adecuado: *No se pudo verificar que estos pacientes tuviesen dolor crónico. En muchos casos la operación se realiza antes de la cronicidad de la enfermedad.*

Lumbalgia Inespecífica

III.D.1.5. Pacientes con lumbalgia inespecífica referidos a cirugía de forma adecuada: *No se*

pudo encontrar la medición del dolor para saber si los pacientes llevaban más de un año con dolor intenso.

Osteoartritis

III.E.1.3.: Valoración de necesidad de dispositivos de asistencia para deambulación en pacientes con osteoartritis: *No se encontraron suficientes casos para completar el indicador.*

III.E.1.4. Pacientes con osteoartritis con dolor leve o moderado y tratamiento analgésico adecuado: *No se han encontrado casos en los que se valorara el dolor para poder indicar que este es leve o moderado.*

III.E.1.5. Tratamiento con inyecciones intraarticulares con corticoides o con ácido hialurónico en pacientes con osteoartritis: *Los pacientes deben tener dolor moderado o intenso, y al no realizarse en estos casos la valoración del dolor no se han podido encontrar.*

Artritis Reumatoide

III.F.1.4. Tratamiento farmacológico combinado en pacientes con artritis reumatoide que no responden a la monoterapia con DMARDs (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad): *no se han encontrado todos los casos necesarios, debido a que no se realiza la valoración con el FIQ y no se puede conocer cuando fracasa el tratamiento.*

Fibromialgia

III.G.1.4. Tratamiento con Pregabalina o Cyclobenzaprina en pacientes con fibromialgia: *se agotaron las muestras y no se pudo concluir el indicador.*

Dolor Neuropático

III.H.1.1. Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía diabética: *no se han encontrado casos.*

III.H.2.1. Tratamiento analgésico en pacientes con neuropatía post-herpética: *no se han encontrado casos.*

III.H.3.1. Tratamiento analgésico adecuado en neuralgia del trigémino: *se agotó la muestra y no se pudo concluir el indicador.*

III.H.4.1. Tratamiento analgésico adecuado en dolor neuropático post-amputación: *no se han encontrado casos.*

III.H.5.1. Tratamiento analgésico adecuado en dolor post-quirúrgico crónico: *no se han encontrado casos.*

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Los indicadores más problemáticos fueron los siguientes:

Generales

III.A.1.4.: *No se han encontrado suficientes casos en los que se realice un diagnóstico invasivo.*

Cefaleas

III.B.1.1.: *No se han encontrado suficientes casos de cefaleas en los que tenían pautados triptanes u opioides.*

III.B.2.1.: *No se han encontrado casos de cefaleas suficientes en los que existiera una valoración del dolor.*

III.B.2.2.: *No se han encontrado suficientes casos en los que exista una indicación en la historia clínica de que la cefalea interfiera en la vida diaria del paciente.*

III.B.2.3.: No se encontraron suficientes casos de migraña con historia de seguimiento para comprobar si ha existido oferta de tratamiento no farmacológico.

III.B.2.4.: No se encontraron suficientes casos de migraña con historia de seguimiento para comprobar si el paciente ha recibido tratamiento con ergotamina o botox.

III.B.2.5.: No se encontraron suficientes casos en los que apareciera el informe neurológico, y en los casos que si aparecía no siempre era normal.

III.B.3.1.: No había casos suficientes de migraña menstrual.

III.B.3.2.: No había casos suficientes de migraña menstrual.

III.B.4.1.: No se han encontrado casos suficientes de mujeres con migraña con aura.

III.B.5.1.: No se han encontrado casos suficientes de cefalea Tensional con historia de seguimiento por parte del hospital.

III.B.5.2.: No se han encontrado casos suficientes de cefalea tensional con historia de seguimiento por parte del hospital.

III.B.6.1.: No se han encontrado casos suficientes de cefalea en racimos.

III.B.6.2.: No se han encontrado casos suficientes de cefalea en racimos.

Dolor Pélvico Crónico

III.C.1.1.: Ha sido muy complicado identificar los casos para dolor pélvico, de todos los códigos CMBD pedidos no ha aparecido ninguna patología clara en la que se puedan encontrar casos habituales de dolor pélvico crónico. Al existir tantas patologías es difícil encontrar los casos específicos, además muchas de estas patologías son susceptibles de ser intervenidas antes de que se cronifiquen.

III.C.2.1. Ha existido una ligera dificultad para encontrar casos crónicos para dolor prostático, ya que en muchos casos se realizan operaciones antes de la cronificación. Además en prácticamente ningún caso se indicaba si existía dolor asociado a la prostatitis.

III.C.3.1. No se han encontrado suficientes casos en los que el dolor fuera crónico.

Lumbalgia Inespecífica

III.D.1.1. Se ha encontrado el problema de que el diagnóstico de lumbalgia inespecífica se ha utilizado en el hospital como una primera aproximación a la enfermedad, y si después de un tratamiento inicial el dolor no remitía entonces se realizaban pruebas, dando lugar a la aparición de la causa real de la lumbalgia. Existe la necesidad de definir que posibles patologías se incluyen en la lumbalgia inespecífica ya que existen varias definiciones.

III.D.1.2.: Idem III.D.1.1.

III.D.1.3.: Idem III.D.1.1.

III.D.1.4.: Idem III.D.1.1.

III.D.1.5.: Idem III.D.1.1.

Osteoartritis

III.E.1.2.: No se han encontrado suficientes casos con osteoartritis y obesidad reflejada en la historia.

III.E.1.3.: No se han encontrado suficientes casos de osteoartritis en los que se indicara en la historia que el paciente tiene dificultades para caminar o realizar actividades de la vida diaria.

III.E.1.4.: No se han encontrado suficientes casos en los que además de indicar la intensidad del dolor, este fuera leve o moderado.

III.E.1.5.: No se han encontrado suficientes casos en los que además de indicar la intensidad del dolor, este fuera intenso o moderado, y que además no respondieran a la medicación.

Artritis Reumatoide

III.F.1.1.: No se han encontrado suficientes casos de artritis reumatoide con seguimiento.

III.F.1.2.: No se han encontrado suficientes casos de artritis reumatoide con seguimiento.

III.F.1.3.: No se han encontrado suficientes casos de artritis reumatoide con seguimiento.

III.F.1.4.: No se han encontrado suficientes casos de artritis reumatoide con seguimiento.

III.F.1.5.: No se han encontrado suficientes casos de artritis reumatoide con seguimiento.

Fibromialgia

III.G.1.4.: No se han encontrado suficientes casos de fibromialgia en los que aparezca la valoración del FIQ.

Dolor Neuropático

III.H.1.1.: No se han encontrado suficientes casos de neuropatía diabética en los que esté presente el dolor, ya que al solicitar las historias según el código CMBD se incluyen neuropatías diabéticas sensitivas y motoras, que no tiene por qué ser dolorosas por definición.

III.H.2.1.: No se han encontrado suficientes casos de neuropatía post-herpética.

III.H.3.1.: No se han encontrado suficientes casos de neuralgias del trigémino con historia de seguimiento.

III.H.4.1.: No se han encontrado suficientes casos con dolor neuropático post-amputación.

III.H.5.1.: No se han encontrado suficientes casos en los que apareciera dolor crónico post-quirúrgico.

7.4 ANEXO IV. Valoración del interés de los indicadores por expertos de las diferentes comunidades autónomas.

Descripción del indicador.	Valoración CCAA	Cumplimiento *
GENERALES		
Manejo del dolor crónico en general		
III.A.1.1. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor crónico que acuden a consulta de Atención Primaria, Especializada o C. Paliativos en los que consta una valoración clínica completa orientada al dolor en su HC. Indicador compuesto: Se valora separadamente: Intensidad del dolor (escala), Cronología, Distribución, Evolución, Síntomas acompañantes, Examen neurológico, Examen musculoesquelético. Ansiedad/depresión. Sueño, Alergias, Abuso de fármacos, Situación socio-familiar, Historia y sit. Laboral, Diagnóstico.	4.77	40.38%**
III.A.1.2. Porcentaje de pacientes con dolor crónico (excepto cefaleas, dolor pélvico y fibromialgia) en los que se pauta un régimen de medicación ajustado a valoración del dolor de conformidad con la escala analgésica de OMS y las circunstancias individuales de cada individuo.	4.25	5.08 $\pm$ 4.25
III.A.1.3. Porcentaje de pacientes atendidos con dolor crónico en los que se realiza tratamiento multimodal y adecuado a su patología. Indicador compuesto: Tratamiento multimodal. Adecuación.	4.54 4.42	69.72 $\pm$ 14.23
Dolor crónico no maligno en ancianos		
III.A.2.1. Porcentaje de pacientes con dolor crónico y edad >65 años en los que el tratamiento está ajustado a su edad	4.15	37.93 $\pm$ 16.18
III.A.2.2. Porcentaje de pacientes con dolor crónico y edad > 65 años, tratados con analgésicos, en los que hay pautado tratamiento concomitante para prevenir efectos secundarios de los analgésicos.	4.31	44.59 $\pm$ 16.76
CEFALEAS		
Abordaje del abuso farmacológico		
III.B.1.1. Porcentaje de pacientes con cefalea de cualquier etiología con más de tres meses de tratamiento con opioides o triptanes en los que en su HC consta evaluación de abuso del tratamiento. Indicador compuesto: Evaluación abuso. Pauta deshabituación	4.08 4.17	3.49 $\pm$ 2.93
Migraña		
III.B.2.1. Porcentaje de pacientes >12 años atendidos por crisis migrañosa sin aura en los que se recibe tratamiento adecuado a su nivel de intensidad.	4.25	3.18 $\pm$ 2.01

III.B.2.2. Porcentaje de pacientes con migraña (excepto migraña menstrual y cefalea en racimos) en los que se prescribe tratamiento profiláctico adecuado.	4.17	67.29± 6.18
LUMBALGIA INESPECÍFICA		
Lumbalgia no específica		
III.D.1.1 Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa de educación para el retorno a la actividad normal	4.62	0± 0
III.D.1.2 Porcentaje de pacientes atendidos con lumbalgia inespecífica en los que consta estar incluidos en un programa de ejercicio terapéutico	4.50	6.67± 12.24
III.D.1.4 Porcentaje de pacientes con lumbalgia inespecífica en los que consta tratamiento farmacológico adecuado	4.25	66.67± 23.13
OSTEOARTRISIS		
Osteoartritis (artrosis)		
III.E.1.1 Porcentaje de pacientes con osteoartritis en tratamiento a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio terapéutico supervisado.	4.38	14.33± 9.4
III.E.1.2 Porcentaje de pacientes con osteoartritis en tratamiento y sobrepeso a los que se les ha incluido en un programa de pérdida de peso. Indicador compuesto: Evaluación Sobrepeso. Incluido en programa pérdida de peso.	4.15 4.08	7.61± 9.45
ARTRITIS REUMATOIDE		
Artritis reumatoide		
III.F.1.1 Porcentaje de pacientes atendidos con artritis reumatoide en los que se mide periódicamente la actividad de la enfermedad mediante sistemas de medida estandarizados tales como el DAS o el DAS28	4.27	0 ± 0
III.F.1.5 Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide y dolor en los que consta tratamiento analgésico adecuado	4.33	46.67± 00
FIBROMIALGIA		
Fibromialgia		
III.G.1.2 Porcentaje de pacientes con fibromialgia a los que se les ha incluido en un programa de ejercicio aeróbico supervisado.	4.17	10.48± 6.45
DOLOR NEUROPÁTICO		
Neuropatía postherpética		
III.H.2.1. Porcentaje de pacientes con dolor por neuropatía post-herpética en los que se ha prescrito ADT, anticonvulsivantes, SNRI y/o Lidocaína tópica a dosis adecuadas como tratamiento analgésico	4.77	80 ± 00
Neuralgia del trigémino		
II.H.3.1 Porcentaje de pacientes con neuralgia del trigémino en los que se ha prescrito Carbamacepina como tratamiento analgésico a dosis adecuadas o cirugía si indicación	4.92	53.33± 00

Dolor postquirúrgico crónico		
III.H.5.1 Porcentaje de pacientes con dolor post-quirúrgico crónico en los que consta tratamiento con Venlafaxina y/o Capsaicina tópica a dosis y vía adecuada como tratamiento analgésico	4.85	26.67 $\pm$ 13.78

** Estimación $\pm$ intervalo de confianza de 95% exacto binomial y para muestreo estratificado no proporcional*

*** : Proporción de todos los ítems en los que consta valoración realizada entre todos los posibles ítems a evaluar, en el total de la muestra evaluada.*