

**Consideraciones para el uso de la práctica basada en evidencia en el manejo de personas con dolor***Considerations for the use of evidence-based practice in the management of people with pain*

DOI: 10.20986/resed.2019.3712/2018

Sr. Director:

La irrupción del modelo biopsicosocial y de los avances en neurociencia han llevado a cuestionar el conocimiento existente sobre el dolor; lo que ha provocado un crecimiento exponencial de la investigación en el área. La globalización y el desarrollo tecnológico han facilitado el acceso de los clínicos a la literatura científica, sin embargo, la sobrecarga informativa y los sesgos en la investigación son un problema a considerar para la práctica basada en evidencia en el manejo clínico de personas con dolor.

Las guías de práctica clínica han sido utilizadas como directrices del desempeño de los profesionales sanitarios, sin embargo, la evaluación crítica de dichas guías es escasa. Respecto a esta temática, Lin y cols. realizaron una revisión sistemática que evaluó la calidad metodológica de 34 guías de práctica clínica (GPC) para el dolor músculo-esquelético (1). Para esto, tres evaluadores capacitados utilizaron la escala AGREE II, herramienta válida y confiable compuesta por 23 ítems, agrupados en 6 dominios generales: alcance y propósito, participación de los interesados, rigor metodológico, claridad de la presentación, aplicabilidad e independencia editorial (influencia de las identidades de financiamiento y declaración de conflictos de interés). Los resultados mostraron una calidad metodológica regular y heterogénea, con tan solo un 23,5 % GPC consideradas de alta calidad. Además, las debilidades de las GPC parecen estar en la aplicabilidad de las recomendaciones y en la declaración de conflictos de interés. Es paradójico que existan limitaciones en la aplicabilidad cuando estos documentos son creados con el objetivo de guiar y mejorar la práctica clínica. La calidad de los estudios incluidos es un tema a considerar, ya que muchas veces no son reportadas las estrategias de búsqueda y criterios de selección de los artículos, lo cual podría representar una fuente importante de sesgo o de conflicto de interés. Frente a esta situación, es necesario que el clínico o las entidades de salud que quieran utilizar GPC realicen una evaluación de la calidad, tanto metodológica como de contenido de estas.

Los profesionales sanitarios habitualmente usan los ensayos clínicos para seleccionar las estrategias más efectivas y eficientes para su práctica, sin embargo, esto es útil solo cuando se utilizan investigaciones con el rigor metodológico y validez suficiente. Un problema a considerar con los ensayos clínicos son las omisiones o discrepancias que pudiese presentar el reporte de resultados. En este sentido, una revisión sistemática que comparó los protocolos de los ensayos clínicos registrados en ClinicalTrials.gov entre los años 2002-

2011 sobre analgésicos en neuralgia postherpética, neuropatía periférica diabética y fibromialgia con los artículos que finalmente fueron publicados, evidenció discrepancias en el reporte de los resultados primarios en el 79 % de los datos (2). Por esta razón, es recomendable revisar el registro en el caso en que esté disponible para poder identificar un eventual sesgo de reporte o de prepublicación.

Los ensayos clínicos habitualmente utilizan participantes voluntarios, sin embargo, en el caso de estudios relacionados con el dolor experimental, estos "voluntarios" podrían presentar características particulares que los incentivan a participar y que podrían limitar la validez externa de las investigaciones, debido a un eventual sesgo de muestreo. Además, Karos y cols. demostraron que los sujetos de edad avanzada y que buscaban enfrentar nuevas sensaciones, tenían una mejor disposición a participar en investigaciones (3), por lo que se podría inferir que existiría un predominio de este grupo de personas en los estudios de dolor experimental. Por otra parte, el miedo al dolor se ha asociado con una menor probabilidad de participar en este tipo de experimentos (3). Actualmente sabemos que existe una importante correlación entre la severidad del dolor y el miedo al dolor (4), por lo que podría ser plausible que las personas con dolor crónico severo sean una minoría en la investigación del área. En este sentido, para evaluar la validez externa y el riesgo de sesgo de muestreo, puede ser útil para el clínico considerar las recomendaciones de fenotipificación del grupo IMMPACT y observar si las investigaciones presentan datos relacionados con los factores psicosociales, variabilidad del dolor, sueño, fatiga, modulación condicionada del dolor y pruebas sensoriales cuantitativas de la población (5).

La eficacia o efectividad de las intervenciones utilizadas en los ensayos clínicos, habitualmente se consigue a través de la comparación de los resultados obtenidos entre el grupo experimental y un grupo placebo. Esta comparación reduccionista facilita la disonancia cognitiva de los profesionales sanitarios, cada vez que los resultados clínicos observados con los tratamientos difieren marcadamente con lo que señala la investigación respecto al tema, la llamada "paradoja de la eficacia" (6). Los ensayos clínicos al reportar diferencias a través del valor de P o con el tamaño de efecto, solo están señalando la magnitud de los efectos específicos o biológicos de las intervenciones, sin considerar los efectos inespecíficos o contextuales. En este sentido, el efecto contextual depende de la historia clínica del usuario, sus comportamientos, creencias, el entorno donde se desarrolla la atención, la sugestión verbal y la alianza terapéutica, elementos que son capaces de inducir expectativas, recuerdos y emociones que influyen en los resultados terapéuticos al desencadenar efecto placebo (7). La importancia de considerar la magnitud de los efectos inespecíficos o contextuales se ha evidenciado en el tratamiento analgésico para la osteoartritis, en el cual alcanza un 75 % del efecto global (8). Por esta

razón, se recomienda al clínico analizar el efecto global de las intervenciones, considerar su significancia clínica para su aplicación y explorar en el fomento de factores contextuales positivos como medio para mejorar la eficacia del manejo del dolor.

A pesar de todo, la práctica basada en evidencia pretende facilitar la toma de decisiones para mejorar la salud y bienestar de las personas, a través de la mejor evidencia científica disponible, la experiencia del profesional y las preferencias de los pacientes. La literatura científica sobre el dolor es hostil para el clínico. Frente a esta situación los profesionales de la salud que practican la medicina basada en evidencia deben ser conscientes de las inherentes limitaciones de las investigaciones del área, además de tener habilidades de lectura crítica que le permitan escoger y analizar información científica extrapolable a sus propios contextos de atención clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses potencial con respecto a la investigación, la autoría, y/o la publicación de este artículo.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lin I, Wiles LK, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. Poor overall quality of clinical practice guidelines for musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2018;52(5):337-43. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098375.
2. Smith SM, Wang AT, Pereira A, Chang RD, McKeown A, Greene K, et al. Discrepancies between registered and published primary outcome specifications in analgesic trials: ACTION systematic review and recommendations. *Pain* 2013; 154(12):2769-74. DOI: 10.1016/j.pain.2013.08.011.
3. Karos K, Alleva JM, Peters ML. Pain, Please: An Investigation of Sampling Bias in Pain Research. *J Pain.* 2018;19(7):787-96. DOI: 10.1016/j.jpain.2018.02.011.
4. Kroska EB. A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scand J Pain.* 2016;13:43-58. DOI: 10.1016/j.sjpain.2016.06.011.
5. Edwards RR, Dworkin RH, Turk DC, Angst MS, Dionne R, Freeman R, et al. Patient phenotyping in clinical trials of chronic pain treatments: IMMPACT recommendations. *Pain.* 2016;157(9):1851-71. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000602.
6. Zhang W, Doherty M. Efficacy paradox and proportional contextual effect (PCE). *Clin Immunol.* 2018;186:82-6. DOI: 10.1016/j.clim.2017.07.018.
7. Rossetini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 2018;19(1):27. DOI: 10.1186/s12891-018-1943-8.
8. Zou K, Wong J, Abdullah N, Chen X, Smith T, Doherty M, et al. Examination of overall treatment effect and the proportion attributable to contextual effect in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(11):1964-70. DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-208387.

I. Cuyul-Vásquez

Kinesiólogo, Facultad de Ciencias de la Salud,
Departamento de Procesos Terapéuticos.
Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile

Correspondencia: Iván Cuyul Vásquez
ivancuyul@gmail.com