

Rev Soc Esp Dolor
2016; 23(1): 45-52

¿Cómo responder a nuestras preguntas de investigación de forma específica y no morir en el intento? Parte I

Sr. Director:

Actualmente “todos” estamos inmersos en el fenómeno denominado “infoxicación” (“infoxicación” equivale a una saturación de información con la que nos encontramos en la actualidad). Esto puede ser beneficioso, pero si no tenemos habilidades en lo que respecta a búsqueda y análisis crítico, es bastante difícil poder “sobrevivir”.

El realizar una “buena” búsqueda va a depender de los conocimientos previos del clínico, estudiante de pre-, postgrado o investigador que presente en el ámbito.

El propósito de esta serie de artículos está orientado a direccionar una buena búsqueda científica, respetando su lógica. “Una buena búsqueda equivale a encontrar de forma ‘rápida’ pocos artículos que respondan a tu pregunta de investigación, donde todos ellos son relevantes”.

Hoy se sabe que, al momento de ejercer clínicamente, basamos nuestras decisiones terapéuticas considerando nuestra “intuición-experiencia” *versus* directrices basadas en evidencia (1,2) (quizá no sea el caso de muchos de ustedes, pero así está reportado). Creo que esto perfectamente puede tener una explicación, si consideramos que muchos “asumen” que todos tenemos acceso fácil a los canales/recursos electrónicos de investigación biomédica y que evaluamos metodológicamente todo lo que leemos. No obstante, al parecer, la realidad es otra: conversando con colegas, tanto en cursos como en congresos, me he dado cuenta de que la gran mayoría presenta dificultades

para encontrar o localizar información relevante. El otro problema que hemos observado es la poca costumbre de leer artículos en inglés (principalmente estudiantes de pre-grado), la falta de conocimiento de metodología de la investigación que permita un análisis crítico, analizar e interpretar los resultados de un artículo y, en algunas ocasiones, existen dificultades en extrapolar resultados.

Realizando una búsqueda, nos percatamos de que ya existen autores que mencionan lo mismo expuesto en el párrafo anterior y las categorizan como ciertas “barreras” (3-6). Todo esto se hace más complejo aún cuando decidimos revisar un tema de nuestro interés y nos encontramos con demasiada información que reporta resultados contradictorios sobre la misma pregunta de investigación.

La salud basada en la evidencia (SBE) se define como: “El uso explícito, racional y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones clínicas, incorporando los valores y las preferencias de los pacientes” (7). Por lo tanto, ¿cómo podremos tomar las mejores decisiones clínicas si existen dificultades en las búsquedas, idioma, análisis crítico y en el acceso a la información? ¿Podemos estar actualizados en nuestra área de interés?

Existen organizaciones sin fines de lucro que están cumpliendo un rol clave en acercar la evidencia a “todos”; en términos simples “están derrivando las barreras mencionadas anteriormente” (Figura 1).

Les daré un pequeño ejemplo de lo que veremos en artículos venideros de esta serie: por ejemplo, me interesa saber si la acupuntura es efectiva en la reducción del dolor en personas que padecen epicondilalgia lateral. Para esto se realizó una búsqueda en un recurso especializado que explicaremos más adelante (Figura 1).

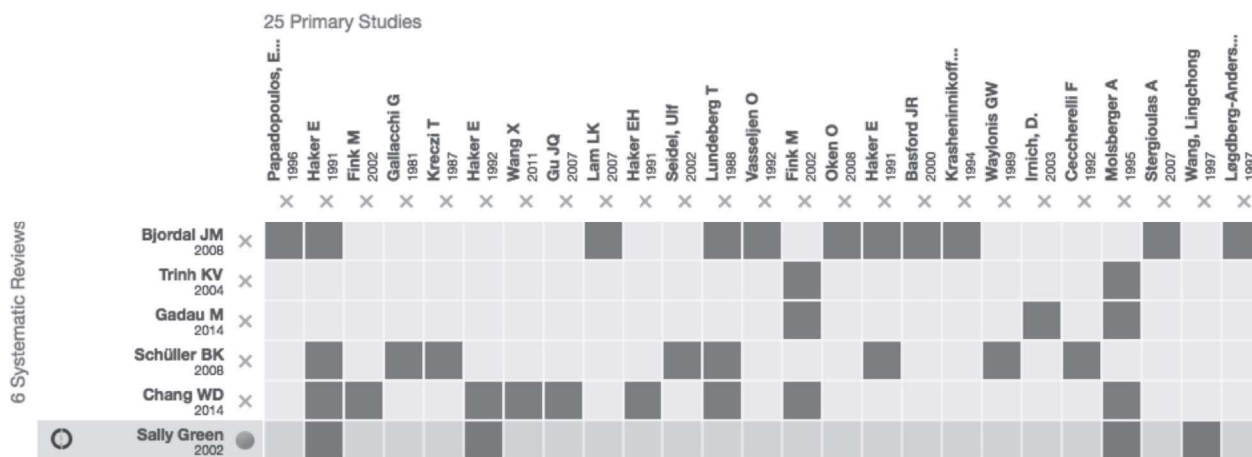


Fig. 1.

En la figura se puede apreciar con total claridad que existen 6 revisiones sistemáticas de estudios clínicos aleatorizados (eje y); y 25 estudios clínicos aleatorizados que responden de forma específica a mi incertidumbre clínica (eje x). También puedo ver el año de publicación de cada uno de los diseños e ingresar a cada estudio, haciendo click sobre cada autor.

¿Cuándo buscar información científica había sido tan fácil? ¡Y todo en español!

Para llegar a esto, es necesario conocer cómo se distribuye la información científica en los recursos electrónicos, tópicos que se desarrollarán más adelante.

R. Aguilera-Eguía, R. R. Acevedo Fernández y
P. Arroyo Jofré
*Facultad de Ciencias de la Actividad Física.
Universidad San Sebastián. Santiago. Chile.*

Bibliografía

1. Curley AE, Halliday HL. Pediatría basada en la evidencia. *An Esp Pediatr* 2000;52:497-500.
2. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic Review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260-73.
3. Emparanza Knorr J. Medicina basada en evidencia: un aprendizaje imprescindible. *An Esp Pediatr* 2001;55:397-9.
4. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000.
5. Hayne RB. Using informatics principles and tools to harness research evidence for patient care: Evidence-based informatics. *Stud Health Technol Inform* 1998;52 Pt 1:suppl. 33-6.
6. Letelier LM, Zamarin N, Andrade M, Gabrielli L, Caiozzi G, Viviani P, et al. Exploring language barriers to Evidence-based Health Care (EBHC) in post-graduate medical students: A randomized trial. *Educ Health (Abingdon)* 2007;20:82-7.
7. Guyatt G, Drummond R, et al. User's guides to the Medical Literature. *JAMA and Archives Journals*; 2002.

¿Hay sexo después del dolor lumbar crónico?

Sr. Director:

Aunque la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar es un tema de investigación clínica cada vez más frecuente, pocos estudios han investigado los efectos del dolor lumbar en la función sexual.

Sabemos que la sexualidad es un aspecto importante de la calidad de vida. Investigaciones recientes han demostrado

efectos negativos significativos en la actividad sexual en el 46 % de los pacientes con dolor lumbar crónico (1).

Varios estudios han demostrado que el dolor lumbar lleva a hombres y mujeres a reducir la frecuencia de las relaciones sexuales. En 2001, por ejemplo, Maigne y Chatterlier reclutaron pacientes de una unidad de dolor vertebral, incluyéndolos en un estudio prospectivo después de los exámenes clínicos y radiológicos. Todos los pacientes eran ambulatorios y los criterios de inclusión en el estudio eran los siguientes: dolor de intensidad moderada, de 25-60 años de edad, y tenían que haber estado experimentando dolor crónico de espalda o cuello durante más de 2 meses.

Los investigadores encontraron que, aproximadamente, el 34 % de los hombres y el 55, % de las mujeres reportadas disminuyeron la frecuencia del coito debido al dolor lumbar (1). La edad media de los participantes del estudio era de 43,6 años para las mujeres y de 42,9 años para los hombres.

Un estudio similar en 2010 evaluó los problemas y comportamientos sexuales de 43 hombres y mujeres con hernia discal (edad media, 41,4 años). Una escala visual analógica (EVA), el Cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y un cuestionario de evaluación de la sexualidad se administraron a los pacientes para evaluar el dolor y la disfunción sexual. El 84 % de las mujeres y el 55 % de los hombres informaron de problemas sexuales relacionados con el dolor lumbar (2).

Dos publicaciones más recientes han investigado qué posiciones coitales pueden causar el menor dolor en pacientes con dolor lumbar sobre la base de pruebas biomecánicas (3,4).

Sidorkewicz y McGill realizaron análisis biomecánicos en 10 parejas sanas durante el coito (3,4). Para analizar los movimientos de la pareja utilizaron un sistema que es común en el desarrollo de la infografía y animación de personajes de videojuegos. Con la ayuda de cámaras de infrarrojos rastrearon movimientos en el espacio tridimensional (3D) a través de los marcadores reflectantes colocados en los cuerpos de los participantes. Las posiciones en 3D fueron traducidas a los ángulos de la columna vertebral. Los investigadores también midieron la actividad de los músculos de la cadera colocando electrodos en la piel sobre estos músculos.

Así, analizaron biomecánicamente 5 posiciones coitales:

- Una era en decúbito lateral (conocida popularmente como “la cuchara”).
- Dos posturas con la mujer en la posición cuadrúpeda (“estilo perrito”). En una de estas posiciones la mujer apoya la parte superior del cuerpo con los codos, y en la otra utiliza sus manos.
- Las 2 últimas posiciones evaluadas fueron dos versiones de la “posición del misionero”. En una de ellas, el hombre mantenía la parte superior del cuerpo sobre sus