

EDITORIAL

DOLOR. 2008;23:5-6

El manejo de la lumbalgia en la «era del conocimiento»: ¿guías de práctica clínica basadas en la evidencia o en el «consenso»?

Desde los inicios de la medicina (Grecia clásica) hasta hoy, la preocupación de los profesionales ha sido y es proporcionar a los pacientes la mejor asistencia posible, es decir, aplicar los medios diagnósticos adecuados y los tratamientos óptimos.

Este principio hipocrático es especialmente relevante cuando asistimos a personas con dolor.

A partir del siglo XVIII, cuando se reconduce el pensamiento científico ajustándolo a un método basado en claras premisas (observación, elaboración de hipótesis, experimentación y conclusión), la evolución de los hallazgos ha tenido una importante relación con otros avances técnicos.

Durante los albores de la era industrial (XIX y XX) hemos asistido al desarrollo de ciencias básicas como la física y las matemáticas, que han proporcionado aplicaciones exponenciales en otras disciplinas, entre ellas la biología y la medicina.

Hacia los años 70 del siglo pasado, la estadística y la informática han revolucionado este proceso evolutivo ya que permiten el análisis de ingentes cantidades de información así como la difusión universal del conocimiento, cuestión sin precedentes desde que Gutenberg crease la imprenta.

La medicina del dolor no hubiese sido posible sin que el Dr. J. Bonica hubiese tenido la genial idea de agrupar todo el conocimiento existente sobre el dolor, que permanecía disperso entre los textos de diferentes disciplinas. Los profesionales debemos rendirle tributo por el ingente esfuerzo realizado.

Pero si analizamos el proceso que ideó, llegamos a la conclusión de que fue un precursor de lo que hoy denominamos «medicina basada en la evidencia».

La producción científica anual se calcula en unas 900.000 publicaciones, de las cuales más de 40.000 son médicas. El *boom* se inició precisamente a partir de 1970 cuando un grupo de epidemiólogos de la Universidad McMaster (Dr. D. Sackett) publicó varios artículos científicos aconsejando a los médi-

cos «cómo interpretar las publicaciones», sobre todo aquellas de carácter clínico y experimental y navegar entre el mare magnum que comenzaba a generarse. No olvidemos que hasta entonces la medicina era fundamentalmente asistencial y se prestaba menor tiempo que hoy a la faceta investigadora.

Con el nacimiento en los 80 del *Canadian Medical Association Journal* se propone el término «apreciación crítica» para describir la aplicación de las reglas básicas para buscar la evidencia en las publicaciones médicas, y que Sackett reconvirtió en «apreciación crítica en la cabecera» cuando quiso extenderlo a la práctica clínica. Éste se reconoce como el momento en que la medicina entra en una nueva era.

A partir de los 90 se asciende un nuevo escalón, aquel en que se distinguen dos tipos diferentes de práctica médica: la que se acoge a los hallazgos científicos probados y aquella que se basa en opiniones, consensos, o revisiones con escasa calidad metodológica. Nace la «medicina científica», término sorprendente sobre todo para el público general, que sin reservas imaginaba al profesional de la sanidad como un científico.

En 1991 Guyatt acuña en una publicación el nuevo concepto de «medicina basada en la evidencia», que según el autor debe aplicarse desde la enseñanza de la universidad hasta la práctica clínica del profesional, con el fin de utilizar la mejor evidencia científica, además de proporcionar eficiencia y efectividad en los actos clínicos aplicados al paciente de manera individualizada.

Surgen entonces organizaciones como la Colaboración Cochrane, que realizan revisiones sistematizadas de la literatura científica extrayendo las verdaderamente relevantes y editando guías de práctica clínica basadas en evidencias científicas.

Como es lógico, las primeras «guías» en elaborarse serán aquellas que deben aplicarse a enfermedades altamente prevalentes. En cuanto al tratamiento del dolor, la AHCPR (*Agency for Health Care Policy Research*), del sistema nacional de salud de EE.UU., publicó una «Guía de

práctica clínica para el manejo de la lumbalgia aguda en adultos» basada en el consenso, en 1994.

En Europa, desde los determinantes estudios poblacionales sobre la lumbalgia de Biering Sorensen (1983) y de Spengler (1986), como el primero de tipo coste-efectivo y nacional de Van Tulder (1995) así como las revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane (1993), el desarrollo de las guías de práctica clínica evoluciona hacia un escalón superior y diferente al estadounidense.

Las nuevas guías de práctica clínica están a cargo de la Comisión Europea y pretenden basarse por completo en la evidencia científica y no en el consenso; articulan un mecanismo por el que se adaptan localmente a las características diferenciales de los sistemas nacionales de salud y además son revisables, de modo que incorporan las evidencias que surjan con posterioridad.

En el caso de la versión española de la Guía COST B13 (*European Comission: Directorate General Research; Political Coordination and Strategy-COST. B-13: Low back pain: guidelines for its management*) se han desarrollado además programas de divulgación y evaluación de agencias de tecnología sanitaria, ha sido aprobada por GuíaSalud, y en la actualidad varios servicios autonómicos de salud pretenden implantarla o lo han hecho en la práctica clínica diaria.

Asimismo, su uso es recomendado por sociedades científicas y la Organización Médica Colegial.

El programa de trabajo se ha desarrollado gracias a la activa participación de más de 20 profesionales de distintas especialidades y ámbitos de la sanidad, aplicó el instrumento AGREE para evaluar la calidad metodológica así como una declaración de conflictos de interés de los miembros del grupo.

Como colofón cabe decir que la no participación de entidades vinculadas a la industria farmacéutica o con ánimo de lucro, y la ausencia de retribuciones de cualquier tipo a los miembros del grupo de trabajo completaron los requisitos necesarios para que una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica sea lo que sus palabras describen explícitamente.

Después de todo esto deberíamos decir que está probado el valor de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica en cuanto al logro de mejores resultados en salud, mejora de la práctica de los profesionales, y de la información a los consumidores, así como de repercusiones legales (Feuerstein, 2006).

La pregunta es: ¿Por qué la adhesión de los profesionales es todavía insuficiente?

La respuesta de Cabana y González-Urcelay acerca de por qué los médicos no seguimos ni aplicamos las guías de práctica clínica es clarificadora: acceso limitado a la información fidedigna, resistencias por una parte a limitar prescripciones diagnósticas o bien tendencia natural a aplicar terapéuticas «novedo-

sas», y en algunos casos el intentar satisfacer los deseos del paciente.

Tal vez existen factores añadidos, como son la aplicación clínica de técnicas emanadas de estudios que lamentablemente no soportan el metaanálisis debido a un deficiente diseño; como ha sido el caso de la utilización de algunas técnicas regionales en el tratamiento de la lumbalgia crónica y que han originado controversias (Nelemans, 2000).

En nuestra opinión, lo interesante del trabajo científico es que se publica para que el resto de los profesionales podamos emitir una crítica constructiva, y esto nos lleva directamente a pensar en la «reproducibilidad».

Por esa razón consideramos firmemente que el término «no recomendado» (afecta en los metaanálisis a técnicas que no soportan el cribaje al presentar defectos muestrales, estadísticos o de calidad de diseño) no constituye un punto de abandono.

Esperamos que esta publicación colabore a difundir el conocimiento acerca del manejo de la lumbalgia, a centrar los tratamientos sobre las técnicas que verdaderamente son coste-efectivas, y animamos a promover nuevos estudios sobre aspectos como la aplicación de técnicas regionales de bloqueo nervioso ajustadas a diseños con calidad metodológica, fundamentalmente de tipo aleatorizado, que sean completados con resultados de efectividad y costes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bergquist-Ullman M, Larsson U. Acute low back pain in industry. A controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthop Scand* 1977;1:117.
2. Guyatt GH, Rennie D. Evidence-based medicine. *ACP J Club* 1991;114: A-16.
3. Wadell G. Low back pain: a Twentieth century health care enigma. *Spine* 1996;21:2820-5.
4. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
5. Bigos SJ, et al. Acute low back pain in adults. Clinical Practice Guideline No. 4. AHCPR Publication No. 95-0642. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health, and Human Services; 1994.
6. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost of illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995;62:233-40.
7. Nelemans PJ, De Bie RA, De Vet HC, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 (2): CD001824.
8. Feuerstein M, et al. Evidenced based practice for acute low back pain in primary care: patient outcomes and cost care. *Pain* 2006; 124:140-9.

E. Latorre Marqués

Unidad del Dolor, Clínica Montpellier, Zaragoza

G. Urrutia y P. Alonso

Centro Cochrane Ibero-Americano

F. Kovacs y M.^a T. Gil del Real

³Comité de Gestión COST B13

Miembros del Grupo Español de Trabajo del Programa COST B13 de la Comisión Europea