

# UNIDADES DEL DOLOR DEL SIGLO XXI. ¿PROTOCOS DE CONSENSO O MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA?

21ST CENTURY PAIN UNITS. CONSENSUS PROTOCOLS OR  
EVIDENCE-BASED MEDICINE?

UNIDADES DA DOR DO SÉCULO XXI. PROTOCOLOS DE  
CONSENSO OU MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA?

José Correa\*

Patricia Abella-Palacios\*\*

## RESUMEN

La investigación en medicina tiene por objetivo generar nuevos conocimientos que ayuden al diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades. Pero la medicina no es una ciencia exacta, sino una actividad humana heterogénea que se basa solo parcialmente en la ciencia, con varios factores no científicos que influyen en la forma de desarrollar esta actividad. El dolor, como síntoma o como enfermedad, es probablemente el trastorno que más afecta y preocupa a las personas y el que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. A pesar de la magnitud del problema, y del interés médico y social por el dolor, la atención y el tratamiento de las personas con dolor crónico es un tema infravalorado o tratado inadecuadamente. Con base en múltiples preguntas que se plantean a lo largo del desarrollo del presente documento, nuestro objetivo es, por un lado, el de señalar que los cambios que se han producido en el manejo del dolor crónico hacen de los llamados protocolos de consenso un ejercicio obsoleto en la medicina del siglo XXI. Por otro lado, en términos de bioética, responder a la pregunta ¿se ajustan los protocolos de consenso al principio de beneficencia del paciente individual?

**PALABRAS CLAVE:** unidades del dolor; investigación en dolor; consensos; medicina basada en la evidencia (Fuente: DeCS).

DOI: 10.5294/PEBI.2018.22.1.3

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Correa J, Abella-Palacios P. Unidades del dolor del siglo XXI. ¿Protocolos de consenso o medicina basada en la evidencia? pers.bioét. 2018; 22(1): 29-38 DOI: 10.5294/pebi.2018.22.1.3

FECHA DE RECEPCIÓN: 2017-04-15

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2018-01-17

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2018-01-18

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2018-01-18

\* Corporación Cafesalud, Colombia. josep24909@hotmail.com

\*\* Hospital El Tunal, Bogotá, Colombia. pabella@hotmail.com

**ABSTRACT**

Research in medicine is intended to generate new knowledge to help in the diagnosis, treatment and prevention of disease. However, medicine is not an exact science; rather, it is a heterogeneous human activity based only partially on science and involves several non-scientific factors that influence the way it is developed. Pain, as a symptom or as a disease, is probably the disorder that most affects and worries people, and is what most often prompts medical consultation. Despite the magnitude of the problem, and the medical and social interest in pain, the care and treatment of persons with chronic pain is an issue that is undervalued or inadequately addressed. Based on variety of questions posed throughout this document, the objective is, on the one hand, to point out that the changes that have occurred in the way chronic pain is managed make the so-called consensus protocols an obsolete exercise in 21st century medicine. On the other hand, in terms of bioethics, the authors answer the question: Do consensus protocols conform to the principle of beneficence for the individual patient?

**KEY WORDS:** Pain units; pain research; consensus; evidence-based medicine (Source: DeCS).

**RESUMO**

A pesquisa em medicina tem por objetivo gerar novos conhecimentos que ajudem no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças. Porém, a medicina não é uma ciência exata, mas sim uma atividade humana heterogênea que está apenas parcialmente baseada na ciência, com vários fatores não científicos que influenciam na maneira em que essa atividade é desenvolvida. A dor, como sintoma ou como doença, é provavelmente o transtorno que mais afeta e preocupa as pessoas e o que com maior frequência motiva uma consulta médica. Apesar da magnitude do problema e do interesse médico e social pela dor, o atendimento e o tratamento das pessoas com dor crônica é um tema subestimado ou tratado inadequadamente. Com base em múltiplas perguntas que são levantadas ao longo do desenvolvimento do presente trabalho, nosso objetivo é, por um lado, indicar que as mudanças que ocorreram na abordagem da dor crônica fazem dos chamados “protocolos de consenso” um exercício obsoleto na medicina do século XXI. Por outro lado, em termos de bioética, buscamos responder à pergunta: os protocolos de consenso se ajustam aos princípios de beneficência do paciente individual?

**PALAVRAS CHAVE:** consensos; medicina baseada na evidência; pesquisa em dor; unidades da dor (Fonte: DeCS, Bireme).

## INTRODUCCIÓN

*Los médicos usan drogas de las cuales poco conocen, en pacientes que conocen menos, para patologías de las que no saben nada.*

Voltaire, siglo XVII

*Si no fuera por la gran variabilidad entre los individuos, la medicina bien podría ser una ciencia y no un arte.*

William Osler

El dolor crónico representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste económico y social, que está relacionado con el envejecimiento de la población. Es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas, y es el síntoma que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. A pesar de esta evidencia epidemiológica, de la magnitud del problema, y del interés médico y social que genera el dolor, la atención y el tratamiento de las personas con dolor crónico es un tema infravalorado o tratado inadecuadamente (2). Parte del problema radica en que el interés científico, el de la investigación, está ligado a factores puramente económicos. Por otro lado, es lamentable que los médicos de atención primaria, que son los “guardianes” de la atención al paciente, sepan poco sobre la naturaleza del dolor o su terapia efectiva (3). Por tal motivo, diversos organismos internacionales han instado a gobiernos y organizaciones sanitarias a mejorar la atención que se presta a las personas con dolor (4-6). En España específicamente, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró, en 1992, una “Guía de cirugía mayor ambulatoria” que buscaba la difusión de esta modalidad de atención y su integración dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), con elaboración de

estándares y recomendaciones de seguridad y calidad. En estas guías fueron incluidas las Unidades de Dolor, que buscan mejorar la atención al paciente crónico complejo. A partir de entonces, estas unidades de atención a personas con dolor crónico (oncológico y no oncológico) se establecieron con un carácter multidisciplinar con el objetivo de ofrecer un programa integral eficaz y costo-efectivo.

Pero ¿son realmente las unidades de dolor un “invento” reciente? En realidad, delimitar el inicio del estudio del dolor y buscar la separación de su tratamiento empírico y el abordaje científico del mismo resulta bastante difícil (7). Es precisamente el estudio del dolor y de su tratamiento a través de la historia el que nos permite visualizar la preocupación permanente del hombre por este tema, su lucha constante a lo largo de la historia, y nos da una clara respuesta a la pregunta arriba planteada: el abordaje del dolor no es nuevo; el dolor es tan antiguo como la concepción misma del hombre, y la historia del dolor es la historia del hombre. Las unidades del dolor actuales no son un invento nuevo, sino quizás solo el proceso evolutivo que la sociedad moderna nos demanda. A lo largo de la historia se ha intentado tratar el dolor, y se debe seguir tratando, a pesar de las dificultades que diariamente se nos presentan en nuestras unidades. Y el pensamiento de Voltaire, con el que iniciamos este documento, nos debería llevar a pensar en nuestra finalidad durante las próximas décadas, cuando nos referimos específicamente al manejo del dolor: necesitamos más conocimiento de la patología compleja que es el dolor crónico y aplicar de forma correcta todo nuestro armamentarium terapéutico (farmacológico y no farmacológico) a todo aquel con dolor que lo necesite... pero, ¿de qué forma? ¿Consensuada? ¿Basados en la evidencia científica?

De la interpretación del dolor por el hombre primitivo, el de las edades antiguas y, sobre todo, el medieval en el occidente europeo, notablemente influido por el pensamiento místico y religioso (8), a la aplicación de métodos objetivos o sistemáticos para evaluar los resultados de las diferentes actuaciones de esta práctica clínica diaria podemos decir que los cambios han recorrido un camino corto pero vertiginoso (9). Del “método numérico” de Pierre Louis en el siglo XVIII, a la “Médecine d’observation” en el siglo XIX, hasta la introducción y la progresiva aplicación del “método científico” bien entrado el siglo XX, cuando comenzó a desarrollarse un tipo de medicina rigurosa que buscaba pruebas objetivas y contrastables, reproducibles y generalizables, que no es otra cosa que la medicina de consenso, hemos llegado, con el inicio del siglo XXI, a la introducción generalizada, que no conocida, de la “medicina basada en la evidencia” (MBE), en donde las fuentes de autoridad tradicionales, basadas en el prestigio personal, el sentido común, la experiencia personal y profesional o la tradición, que fundamentan el consenso, se han visto progresivamente desplazadas por la evidencia proporcionada por la aplicación rigurosa del método científico mediante la investigación. La pregunta siguiente que nos surge, en este documento lleno de preguntas, es ¿conocemos realmente el fundamento científico de la MBE? ¿Sabemos distinguirlo? ¿Sustituye la MBE al consenso médico?

### LOS PROTOCOLOS DE CONSENSO EN MEDICINA

Consenso, del latín *consensus*, hace referencia al acuerdo que se alcanza por el consentimiento entre los miembros

de un grupo entre varios grupos. El consenso es fácil en ausencia de fallos, pero se convierte en algo difícil en escenarios intrincados de fallo o con la presencia de canales imperfectos, no sincronizados, o incluso cuando algunos de ellos pueden conspirar para que ese consenso no se produzca.

En lo que se refiere a la ciencia en general, el consenso no tiene ningún significado, porque la ciencia no se basa en consensos. Por tanto, en ciencia este concepto no existe, ya que es lo opuesto a lo científico. Entonces, ¿consenso en medicina?

EN LO QUE SE REFIERE A  
LA CIENCIA EN GENERAL,  
EL CONSENSO NO TIENE  
NINGÚN SIGNIFICADO,  
PORQUE LA CIENCIA NO  
SE BASA EN CONSENSOS.

La medicina es una actividad humana heterogénea que desde hace más de un siglo se basa solo *parcialmente* en la ciencia, con varios factores no científicos que influyen en la forma de desarrollar esta actividad, como la experiencia personal, la superstición o ignorancia parcial, los diferentes tipos de empatía con colegas, pacientes o industrias, y factores económicos y sociales asociados. La parte de la medicina que se basa en la ciencia ha recorrido un largo camino desde la Antigüedad y la Edad Media, cuando

se basaba en simples observaciones, hasta la época actual, en que se desarrollan hipótesis y se realizan evaluaciones rigurosas a distintos niveles de conocimiento, tratando de profundizar cada vez más en ellos. Esta parte de la medicina basada en la ciencia exige que los conocimientos que se adquieren en el área biológica sean aplicables a la práctica clínica; para ello es imprescindible que estos conocimientos se evalúen en estudios clínicos que cumplan con el rigor de los análisis estadísticos aceptados. Si revisamos la historia, el primer estudio aleatorio (de consenso) se llevó a cabo en el Reino Unido durante la

Segunda Guerra Mundial y se enfocó en el uso de la estreptomycin en pacientes con tuberculosis. Desde esa misma época se reconoce el peligro de sacar conclusiones a partir de series históricas o estudios retrospectivos. No obstante, la medicina basada en ciencia, en sí misma, no constituye un problema, excepto si los resultados son ambiguos o heterogéneos, lo que genera controversias. En este caso caemos en el campo del consenso y de la controversia. Aparece entonces el concepto de “estado del arte”, que está influenciado por aspectos políticos, sociales, económicos y que, además, depende de los intereses personales y de la moda misma (10). El estado del arte se refiere al uso de las técnicas o de los métodos más modernos y avanzados, y es un adjetivo que califica a algo como lo mejor que puede presentarse en la actualidad (*Oxford Dictionaries*). Pero si miramos este *estado del arte* desde la óptica de la MBE, quizás no tiene cabida, o, en último caso, requiere la refrendación del rigor científico.

Si enfocamos este dilema de consenso o MBE en el caso específico del manejo del dolor, tenemos que recordar que son los médicos de atención primaria los primeros en abordar al paciente con dolor, y los primeros en generar un esquema terapéutico. A este nivel, existe probablemente una infraevaluación y un infratratamiento del dolor; este no es un juicio negativo hecho por los médicos especialistas en manejo del dolor, sino todo lo contrario. Se trata de un déficit que es bien reconocido institucionalmente en el campo de la medicina, que llevó incluso a que en 2003, organizaciones sanitarias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para Estudio del Dolor (IASP) hicieran un llamado a la comunidad médica. Se atribuye el déficit no solo a la falta de formación en manejo del dolor, sino también a las creencias erróneas y

ESTAS GPC PARECEN NO RECONOCER EL TÉRMINO DE “MECANISMO ETIOPATOGÉNICO DEL DOLOR”; POR TANTO, EL ESQUEMA TERAPÉUTICO OFRECIDO POR EL CONSENSO ESTABLECE LA ELECCIÓN FARMACOLÓGICA SOLO EN FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR; ES DECIR, NO HAY UN TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO.

la falta de recursos invertidos en el estudio y tratamiento del dolor crónico.

Concedores de estos déficits en el manejo del dolor, ya en 1986 la OMS había publicado una estrategia terapéutica para el control del dolor, y en 2002 se anexaron nuevos términos (escalera analgésica/ascensor terapéutico, más dinámicos, tendientes a una evaluación y medición continua del dolor) con el objetivo de optimizar el tratamiento farmacológico. De igual manera, en España, en el 2012 se inició una estrategia para el abordaje y la atención a las personas con dolor, que dio como resultado el “Documento de consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP)”. Estos documento de consenso, incluidos dentro de unas guías de práctica clínica (GPC), son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos y a los pacientes a decidir sobre la atención sanitaria más apropiada en circunstancias clínicas concretas, al tiempo que buscan disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Es decir, se trata exclusivamente de “medicina de consenso”, con el único

objetivo de aliviar déficits estructurales y, por qué no mencionarlo, déficits de conocimiento en el abordaje de una patología como es el dolor. Estas GPC parecen no reconocer el término de “mecanismo etiopatogénico del dolor”; por tanto, el esquema terapéutico ofrecido por el consenso establece la elección farmacológica solo en función de la intensidad del dolor; es decir, no hay un tratamiento individualizado. A este respecto, los especialistas en el manejo del dolor reconocemos en estos “consensos” la utilidad clínica educativa, sin embargo, consideramos más adecuado que los pacientes que precisan una escalada terapéutica rápida por las características de su dolor –tal como propone la OMS–, se pudieran beneficiar o hacer más efectivo su manejo empleando un tratamiento multimodal e individualizado en relación con el mecanismo etiopatogénico causante del dolor, que sea proporcional a la intensidad e impacto que produce el dolor en el paciente

### MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

El notable desarrollo y los avances vertiginosos en la práctica de la medicina en los últimos años han llevado a plantear la hipótesis de que cada paciente es diferente y, por tanto, debe recibir un tratamiento personalizado. Ya en 1948, Bradford Hill introdujo el concepto de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (11), y puso en marcha el primer estudio que asignaba aleatoriamente a los pacientes enfermos de tuberculosis uno de los dos tratamientos comparados en la época, la estreptomina y el placebo, que llegó a ser la forma más elevada y estricta de experimentos clínicos con enfermos en aquella época. Veinte años después, en 1968, se dio inicio a la revolución científico-técnica en la medicina, hasta que en 1988 los miembros de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster, en Hamilton,

Ontario (Canadá) aportaron un nuevo marco conceptual acerca de cómo analizar de manera correcta la bibliografía médica, para aplicar al mejor cuidado del paciente individual, lo que dio inicio a la corriente que se conoce como medicina basada en la evidencia (MBE). Así, el término MBE fue utilizado por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el *ACP Journal Club* (12). Desde entonces, el interés por la MBE es cada vez mayor, y los factores que explican esta creciente atracción por la MBE son: la importancia por la eficacia, efectividad y eficiencia arrastrada por las nuevas tecnologías sanitarias, y la mayor facilidad para acceder a la información bibliográfica biomédica (principalmente a través de Internet), además de la constatación de la variabilidad en la práctica clínica (13).

La definición de medicina basada en la evidencia (MBE) reza así: es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. Sin embargo, ¿se sabe cómo determinar un tratamiento personalizado apropiado? ¿Cómo evaluarlo?

La práctica de la MBE significa la integración de la maestría clínica individual y las mejores pruebas clínicas disponibles, a partir de la investigación sistemática y del proceso de mejora continuada. Por tanto, el ejercicio de la MBE requiere herramientas precisas en la práctica clínica como son las revisiones permanentes y actualizadas, así como la valoración crítica de los documentos científicos. Es decir, la MBE requiere de recursos adicionales en tecnologías de información y tiempo de médicos con conocimientos en epidemiología y habilidades de búsqueda, selección y análisis de la bibliografía: tiempo y recursos humanos y tecnológicos que expliquen por qué la MBE no está bien implementada y no es el hábito en la práctica médica actual (14).

EN EL MANEJO DEL DOLOR LA CIENCIA MÉDICA TIENE UN ENFOQUE PURAMENTE BIOLÓGICO, MIENTRAS QUE LA MEDICINA CLÍNICA ENFOCA EL DOLOR COMO UN EVENTO HUMANISTA, DONDE CABE EL SIGNIFICADO DE PALIATIVO EN EL SENTIDO AMPLIO DE LA PALABRA.

El ejercicio juicioso de la práctica de MBE debería seguir unos pasos concretos:

1. Formulación de una pregunta clínica precisa a partir del problema del paciente.
2. Consulta de la literatura.
3. Evaluación crítica de los resultados.
4. Aplicación de los resultados de la literatura al estado del paciente.
5. Evaluar la actividad profesional como consecuencia de esa aplicación.

Este ejercicio juicioso de la metodología de la MBE aplicada al manejo del dolor nos debería llevar a propiciar cambios de comportamiento en la práctica clínica en relación con la evidencia teórica disponible. Por tanto, el punto clave y el más difícil de la aplicación de la MBE es el de aplicar los resultados de la investigación metódica al paciente particular. Pero como se dijo, la medicina se basa solo parcialmente en la ciencia, y una cosa es la ciencia médica y otra bien diferente la medicina clínica, aunque estén relacionadas. La medicina como ciencia estudia la enfermedad fundamentalmente como un evento biológico, y la medicina clínica la estudia como un evento humano; entonces, en el manejo del dolor la ciencia médica tiene un enfoque puramente biológico,

mientras que la medicina clínica enfoca el dolor como un evento humanista, donde cabe el significado de paliativo en el sentido amplio de la palabra. Surge entonces aquí otro concepto, el de la medicina centrada en el paciente (MCP), corriente que ha aparecido en los sistemas sanitarios en los últimos años, posterior al concepto de MBE, y que, a diferencia de la MBE, busca la particularización y la mejora de los resultados clínicos en los pacientes individuales con base en el cuidado médico, mientras que el anclaje conceptual de la MBE es la investigación. A pesar de que MBE y MCP puedan parecer corrientes antagónicas, los profundos cambios que están teniendo lugar en los sistemas sanitarios, y más aún en lo que hace referencia al manejo del dolor y la medicina paliativa, nos permiten mirar a la MBE y la MCP como el progresivo “reencuentro” de la investigación y la práctica clínica (15).

#### **DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA MEDICINA BASADA EN LA EFICIENCIA: LO INDIVIDUAL FRENTE A LO SOCIAL**

Si miramos la MBE, en su concepción original, orientada hacia la búsqueda de las intervenciones más eficaces y seguras por emplear en la investigación y en la práctica clínica, y dirigida en particular al cuidado del paciente (de forma individual), vemos que no tiene en cuenta otras muchas consideraciones necesarias para la toma

LA MBE, LA MCP Y LA MEDICINA BASADA EN LA EFICIENCIA SON HERRAMIENTAS NO DIVERGENTES SINO COMPLEMENTARIAS, QUE BUSCAN EL MEJOR TRATAMIENTO POSIBLE, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA INDIVIDUAL COMO SOCIAL.

actual de decisiones apropiadas y coherentes (16, 17). Ese modelo de MBE (individualizado), aún no bien implantado en el método científico, puede considerarse intermedio entre la MCP (medicina del cuidado médico), y un nuevo concepto surgido más recientemente, ya no individualizado sino globalizado, la llamada medicina basada en la eficiencia. Este nuevo modelo se centra, sobre todo, en buscar la eficiencia de las alternativas terapéuticas (y no solo la eficacia y la seguridad), buscando que los recursos médicos existentes sean aplicables y se puedan distribuir de acuerdo al interés global de la sociedad, y no solo centrado el bien individual de cada paciente (18). La medicina basada en la eficiencia utiliza un análisis de decisión más orientado hacia el punto de vista de la sociedad, y su punto clave es la efectividad de las intervenciones medidas en términos de cantidad y calidad de vida ganados. Por tanto, la MBE, la MCP y la medicina basada en la eficiencia son herramientas no divergentes sino complementarias, que buscan el mejor tratamiento posible, tanto desde el punto de vista individual como social (19). Porque no debería practicarse una MBE o medicina basada en la eficiencia cuyo objetivo final esté alejado del paciente individual, ni es posible imaginar una MCP que no esté basada en la mejor evidencia y la mejor eficiencia disponible.

## ¿ESTÁN EN CRISIS LOS ENSAYOS CLÍNICOS Y LOS METAANÁLISIS?

Si bien se consideró inicialmente el ensayo clínico como el mejor método para comparar y evaluar la eficacia de las intervenciones en medicina, hoy en día se consideran también sus inconvenientes y no solo sus ventajas. Las limitaciones del ensayo clínico aleatorizado son: el bajo número de pacientes que pueden incluirse, el relativo corto periodo de seguimiento, el alto coste respecto a otros métodos de investigación; pero su principal limitación es su falta potencial para la generalización, es decir, que las condiciones en las que se lleva a cabo el ensayo clínico difieren de las de la práctica clínica habitual. A medida que se dispone de más y más ensayos clínicos publicados sobre un tema aumenta la necesidad de síntesis sistemática de sus resultados a través de metaanálisis. Surge entonces la pregunta de cuándo los resultados del metaanálisis son suficientes para resolver una controversia clínica y cuándo se necesita un estudio prospectivo a gran escala para obtener una respuesta definitiva (20). Así, la “crisis” del ensayo clínico, que coincide con el auge de la MBE, podría interpretarse como algo negativo, pero no necesariamente lo es: probablemente indica que el ensayo ha alcanzado un grado de madurez suficiente como para someter a juicio su metodología, lo que es un signo evidente de consolidación. Aunque se ha insistido en que la mayor limitación de los ensayos clínicos es la que hace referencia a la generalización de sus resultados, en los últimos tiempos se observa que el problema de los ensayos clínicos no es el de la generalización misma del ensayo, sino, al contrario, la dificultad para individualizarlo (21).

En resumen, el arquetipo del consenso se ha desplazado a estos nuevos paradigmas de la MBE, la medicina

basada en la eficiencia y la MCP que reducen, aunque no anulan, el valor de la autoridad, y buscan fusionar, además, la comprensión de las evidencias científicas con la práctica humanística de la medicina. Estas filosofías (personalizadas al tiempo que globalizadas) buscan aumentar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, pero también esa efectividad y esa calidad en el área de la docencia y en el área de la organización de los servicios sanitarios.

## CONCLUSIONES

- Hace miles de años, los antiguos atribuyeron el dolor a los espíritus y lo trataron con misticismo y conjuros. A lo largo de los siglos, la investigación científica nos ha permitido entender y controlar el dolor con medicamentos, cirugía y otros tratamientos. El fruto de esta investigación en el manejo del dolor no ha sido otro que el de mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen. No obstante, los logros aún son rudimentarios.
- En la práctica médica y, específicamente, en el ejercicio del manejo del dolor, el consenso puede ser peligroso, pero también puede ser útil, especialmente si se basa en un trabajo intensivo y una discusión apropiada por parte de un grupo de especialistas.
- Los consensos facilitan la actividad del día a día de los médicos, sobre todo de los médicos generales, ya que aumentan la seguridad de los pacientes y disminuyen los riesgos de iatrogenia, lo que ha evitado que se cometan grandes errores en la práctica, todo lo cual va sin duda en beneficio del paciente. No obstante, su utilidad es mayor si se utilizan como guías de práctica clínica o recomendaciones, y no como leyes (22).
- Los consensos necesitan una actualización periódica.
- La MBE, como la medicina basada en la eficiencia y la MCP son herramientas no divergentes sino complementarias, que buscan ese reencuentro anhelado de la investigación y de la práctica clínica, la ciencia médica y la medicina humanística, lo teórico con lo paliativo (léase compasivo) en nuestras Unidades del Dolor.
- Que la investigación (MBE) se acerque al enfermo (MCP) requiere que se desarrolle una verdadera “investigación orientada al paciente” cuyo objetivo sea identificar la mejor opción para cada uno. Y que la práctica médica (MCP) disponga de un entorno idóneo para realizar investigación (MBE), requiere que se aproveche mejor todo el conocimiento que se genera en cada acto médico a partir de herramientas, recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar la mejor medicina.
- En las Unidades del Dolor estamos haciendo grandes cambios; hemos pasado del manejo paliativo del dolor mediante fármacos o técnicas invasivas (quirúrgicas), hacia el desarrollo de terapias regenerativas. Esto nos obliga a los especialistas en manejo del dolor a liberarnos de los esquemas de consenso y a tener una mente abierta que permita la fusión MBE y MCP.

**Conflicto de intereses:** Ninguno declarado. No obstante, los autores, anestesiólogos especialistas en manejo del dolor y cuidado paliativo, manifiestan que muchos de los conceptos aquí plasmados representan solo su opinión personal, fruto de su trabajo reciente en el campo vanguardista de las terapias regenerativas PRP (plasma rico en plaquetas) y células madre aplicadas al manejo del dolor.

---

 REFERENCIAS
 

---

1. Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998. 148-62.
2. Palanca I, Puig MM, Elola J, Bernal JL, Paniagua JL, Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
3. Burton C. The degenerative and clinical cascades anatomy and pathophysiology. The Burton Report. 2016; XVI.
4. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain* 2006;7:779-93.
5. Gabriele G. Aspectos éticos del tratamiento del dolor. En: Economía de la Salud: Dolor. *Medical Economics*. 2011;157:42-3.
6. The International Association for the Study of Pain (IASP). Disponible en: [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
7. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez J. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12: 373-84.
8. Crue BL. *Chronic Pain*. New York: Spectrum Publications; 1979.
9. Vega M, Allegue N, Bellmunt S, López C, Riera R, Solanich T, Pardo J. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología*. 2009; 61(1):29-34.
10. Gómez M, Galeano C, Jaramillo D. El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2015;6(2):423-42.
11. Medical Research Council Streptomycin in Tuberculosis Trials Committee. Streptomycin treatment for pulmonary tuberculosis. *BMJ*. 1948;2:769-83.
12. Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP J Club*. 1991;112(Supl 2):A16.
13. Gonzalez J. De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *An Esp Pediatr*. 2001;55:429-39.
14. Fafard J, Snell L. Reading habits of house staff: what, where and why. *Med Teach*. 1989;11:279-83.
15. Sacristán J. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Rev Clin Esp*. 2013;213(9):460-64.
16. Murillo Capitán E, Alberto Tamarit A, Duque Amusco A, Reche Molina P. El trabajoso camino hasta la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:660-63.
17. Soto J. Medicina basada en la evidencia: pero ¿en qué evidencia? *Med Clin (Barc)*. 1998;14:539-41.
18. Soto J. Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:655-57.
19. Del Llano JE, Oliva J. Medicina coste-efectiva y medicina basada en la evidencia: su impacto en el proceso de decisiones clínicas. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(Supl 3):34-41.
20. L'Abbé KA, Detsky AS, O'Rourke K. Meta-analysis in clinical research. *Ann Inter Med*. 1987;107:224-233.
21. Sacristán JA. Evidencia basada en la medicina. *Med Clin (Barc)*. 1998;112(Supl 1):9-11.
22. Arriagada R. Sobre los consensos en medicina. *Medwave*. 2010 Abr; 10(04):e4491.