

¿Qué es la Medicina Basada en Pruebas?

What is Evidence-Based Medicine?

Roberto Gustavo Serrano¹, Fernando Ariel Serrano²

1. Departamento de Dermato-Alergia. Servicio de Clínica Médica del Policlínico Neuquén. 2. Hospital Alemán Fundación CIDEA. CABA, Rep. Argentina.

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2011;42(2):47-48

Diariamente nuestros pacientes nos reclaman soluciones o repuestas a sus problemas y dolencias; éstas implican conocimientos, y no solamente información. Debemos e intentamos darles las mejores respuestas posibles, elaboradas en el marco de nuestro saber, sin considerar que éste, en la medicina actual, tiene una vida media inferior a 5 años; es decir, el 50% de lo que sabemos probablemente habrá cambiado en los próximos 5 años.

Los conocimientos que vamos incorporando en medicina desde nuestra formación se incorporan en forma directa con la jerarquía y el carisma de quienes los promueven. En general, observamos que los médicos estamos más preocupados por copiar lo que hacen nuestros maestros que en saber si eso que copiamos es lo correcto. Por su parte, el maestro se preocupa más en enseñar sus técnicas que en saber si son las mejores, y actualmente las más correctas.

El término Medicina Basada en Pruebas fue acuñado en Canadá en los años 80 para describir la estrategia de aprendizaje utilizada en la Escuela de Medicina de Mc Master. Con él se pretende aludir a un nuevo enfoque en la docencia y práctica de la medicina, en el que se resalta la importancia del examen de las pruebas o “evidencias” procedentes de la investigación, la interpretación cautelosa de la información clínica bajo cuyo prisma se considera que la sola comprensión de la fisiopatología de una enfermedad es insuficiente para la práctica clínica de calidad.

La Medicina Basada en Evidencias (MBE) o Pruebas consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas actuales en la toma de decisiones sobre la atención de cada paciente individual, no sólo sobre su enfermedad o proceso. Ello comprende desde la realización de diagnósticos efectivos y eficientes hasta la identificación y consideración de los principios, las preferencias y los derechos de los pacientes.

Implica un proceso de autoaprendizaje, de búsqueda y actualización permanente. Pretende no limitar las posibilidades del paciente a los conocimientos y experiencias de “alguien”, sino que integra los de “todos”.

Está claro que la “evidencia” no es el único criterio en la toma de decisiones, pero, si existe, debe ser la base sobre la que se fundamenta. No es una fuente de fórmulas mágicas ni puede reemplazar las habilidades y conocimientos clínicos del profesional, que tendrá que considerar cada pa-

ciente y situación concretas para aplicar las conclusiones a las que ha llegado. Para algunas preguntas clínicas carecemos de evidencia de calidad.

Esta cuestión de buscar las pruebas o evidencias requiere que haya que dar a cada una su verdadero valor; y la realidad es que ni en el pregrado ni en el posgrado se enseña sistemáticamente a evaluar evidencias.

Deberíamos tener siempre presente que en la medicina asistencial las “verdades” son transitorias, por lo que una recomendación asistencial será válida mientras no aparezcan evidencias de mayor calidad que la contradigan. Un error muchas veces cometido es basar las decisiones en evidencias de calidad inferior a las existentes. Esto no sólo constituye un verdadero acto de mala praxis, sino también una decisión que no respeta el derecho del paciente a ser tratado como la ciencia avala.

La práctica de la MBE requiere la integración de la **capacidad clínica** con la **mejor evidencia publicada**.

Capacidad clínica

- Es la excelencia del juicio y capacidad de apreciación de la realidad del paciente que adquieren los individuos a partir de su práctica reflexiva. Se refleja en mejores diagnósticos y en la más inteligente identificación de las preferencias del paciente para la toma final de la decisión sobre su atención. Esta capacidad se construye a partir del contacto diario con pacientes.

Mejor evidencia publicada

- Es la orientada hacia los resultados de investigaciones pragmáticas sobre la capacidad de las pruebas clínicas, el poder de los criterios pronósticos y la eficacia y seguridad de las conductas terapéuticas, rehabilitadoras y preventivas.

La necesidad de mantener una relación fluida y activa con las evidencias publicadas exige no sólo la disponibilidad de los medios para hacerlo sino también el desarrollo de la capacidad de análisis de la información: saber apreciar con fundamentos cuál es la que se necesita para un paciente determinado. Ya que es evidente que un médico no puede leer la cantidad de bibliografía que se publica diaria o

semanalmente, aprender **cómo** realizar las búsquedas, **qué** cosas buscar y **dónde** realizar dichas búsquedas ayudan a simplificar esta tarea de mantenerse actualizado, tratando de solucionar los problemas puntuales de los pacientes.

Es así que surge como primera actividad la formulación de una **pregunta clínicamente contestable**:

En todo acto asistencial se generan preguntas, que responderemos utilizando los conocimientos adquiridos previamente durante nuestra formación y experiencia o promoverán la búsqueda de la respuesta si es que tenemos dudas respecto de ella o la ignoramos.

Para tornar una **pregunta habitual** en una **pregunta clínicamente contestable**, se sugiere estructurarla en cuatro componentes, a saber:

1. Definir al paciente con sus características más relevantes y pertinentes para el punto a contestar (**paciente, población, problema**).
2. Definir la intervención o conocimiento a evaluar, si se trata de un diagnóstico, causa, pronóstico, tratamiento (**intervención**).
3. Definir la **comparación** a efectuar (si corresponde).
4. Definir la evolución, resultado o desenlace sobre el que se desea averiguar (**outcomes**).

Esta estructuración se conoce como pregunta en formato **PICO** (paciente, intervención, comparación, *outcome*). Tal formato de pregunta facilita el hallazgo de la evidencia para solucionar el problema que estemos planteando.

Ejemplo de pregunta con formato PICO

Escenario clínico: Ud. se encuentra frente a un niño de 5 años que padece dermatitis atópica de moderada a severa intensidad, y la madre del niño lo consulta porque leyó en el diario que había un medicamento nuevo para tratar la dermatitis de su hijo, llamado “xxxdermosua-

vizante”, y quiere saber acerca de la efectividad de dicho medicamento. Ud. bien podría comenzar la búsqueda bibliográfica escribiendo en un papel la siguiente pregunta:

- **Paciente/población/problema**
Paciente de 8 años con dermatitis atópica
- **Intervención/exposición**
Medicamento nuevo “xxxdermosuavizante”
- **Comparación**
Medicamento habitual
- **Desenlace (outcome)**
Duración de los brotes, mejoría sintomática, etc.

Esas palabras que se utilizaron para precisar la pregunta son aquellas que se deben incluir para realizar la búsqueda. En los trabajos de investigación figuran como “palabras clave”.

Bibliografía consultada y recomendada

1. Lede R, Copertari P. <http://www.iambe.org.ar/MBE-OK.pdf>.
2. Silberman W. Human Experimentation: A Guided Step into the Unknown. Oxford University Press, 1985.
3. Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP Journal Club. 1991 Mar-April;114:A-16.
4. Evidence-Based Medicine Working group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-5.
5. Sackett DL, Brian Haynes R. On the need for evidence-based medicine. Evidence Based Medicine 1995;1:1.
6. Evidence-Based Medicine: How to practice & learn EBM. Sackett DL, Scott Richardson W, Rosenberg W, Brian Haynes R. Eds. Churchill Livingstone, UK, 1997.
7. Lede R. Where there's will, there's a way. BMJ 1999; 318: 883.
8. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Scout W. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
9. Guyatt G. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*.