

## V. Conclusiones

Alberto Lifshitz\*

Un insumo básico del trabajo clínico es la información, la que deriva de dos fuentes: el paciente mismo por un lado, y las publicaciones científicas por el otro. Aquí se ha hablado de la consulta a las publicaciones a propósito de las necesidades del paciente, abarcando las preguntas que surgen de una práctica reflexiva, la búsqueda de respuestas, el análisis crítico de la información, la transferencia, la aplicación y la evaluación.

El movimiento de la Medicina Basada en Evidencias<sup>1</sup> ha planteado una práctica clínica que considere la mejor alternativa existente para cada enfermo, alternativa que con alguna frecuencia tiene que ser rastreada en las fuentes de información. No se trata tan sólo de tomar decisiones con una base bibliográfica<sup>2</sup> puesto que esto se puede hacer consultando un trabajo único, o sólo la literatura accesible, la más reciente o la más difundida. Implica no nada más hacer una búsqueda inciden-

tal sino una específica, un análisis crítico que considere la calidad de evidencia y la aplicabilidad del conocimiento y, finalmente, una transferencia a las condiciones del paciente en cuestión.

Es en esta transferencia en donde se requiere del mayor juicio clínico, puesto que las piezas de información científica son, acaso, un elemento para las decisiones, pero no el único. Los ensayos clínicos controlados, que conforman la base de las evidencias, suelen apretar sus criterios de tal manera que los resultados no son siempre aplicables a un caso individual. Por ejemplo, los criterios de inclusión limitan la gravedad o severidad de la enfermedad que se estudia mientras que la del paciente que se atiende puede ser menor o mayor; la comorbilidad suele ser un elemento de exclusión en los trabajos de investigación clínica, mientras que no es excepcional que los pacientes de todos los días tengan dos o más enfermedades simultáneas,

\*Académico Numerario. Coordinador de Educación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

cuadros clínicos atípicos, enfermedad incipiente o avanzada, etcétera; además, las preferencias, temores, deseos y aversiones del paciente no pueden excluirse en las decisiones, y todo ello modula la aplicación que se haga del conocimiento.<sup>3</sup>

Por otro lado, la filosofía moral distingue entre las afirmaciones de facto y las de valor y sostiene que éstas últimas no necesariamente son consecuencia de las primeras, es decir, que ninguna cantidad de datos empíricos obliga a actuar en una determinada forma, puesto que las conclusiones relacionadas con lo que se debe hacer están basadas en valores y no en hechos.<sup>4</sup>

Esta forma de visualizar la práctica médica, además de excluir las rutinas, cuestiona el valor de la experiencia no sistematizada, de la autoridad irracional, la intuición y las decisiones basadas sólo en el conocimiento fisiopatológico. Esto no quiere decir que se pueda prescindir de la experiencia (entendida más bien como *expertise*) en la atención de los enfermos; por el contrario, resulta esencial para otorgar un valor clínico a la "evidencia".

Uno de los líderes de la Medicina Basada en Evidencias, el doctor David Sackett<sup>5</sup> la ha definido de la siguiente manera:

"La medicina basada en evidencias (EBM) es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual al tomar decisiones acerca del cuidado de los pacientes individuales. La práctica de la EBM significa integrar la experiencia (*expertise*) clínica personal con la mejor evidencia externa disponible derivada de la investigación sistemática. Se entiende por experiencia clínica personal la competencia y el juicio que los clínicos adquieren a través de los años de práctica clínica. El incremento en esta capacidad se refleja de muchas maneras, pero especialmente en un diagnóstico más efectivo y eficiente, y en la identificación más inteligente y compasiva de los predicamentos, derechos y preferencias de los pacientes individuales al tomar decisiones clínicas acerca de su atención."

Como señalan Bordley, Fagan y Theige,<sup>6</sup> "la EBM no es una empresa aislada; requiere tanto de experiencia (*expertise*) clínica como de un íntimo conocimiento de la situación del paciente individual, sus creencias y prioridades. La EBM comienza con un paciente individual y un clínico individual, tratando juntos de tomar una decisión acerca del cuidado del paciente. Comienza también con la aceptación por parte del clínico de que tiene que superar una brecha en su conocimiento antes de

poder hacer una decisión apropiada. Continúa cuando el clínico transforma esta deficiencia cognoscitiva en una pregunta clínica concreta y contestable, busca la contestación, y pondera la validez e importancia de la respuesta que encontró. Finalmente, la medicina basada en evidencias termina como empezó, con el paciente individual, en un intento de aplicar lo que se aprendió para resolver la aflicción del paciente. Como bono, como premio adicional, dado que el clínico ha adquirido nuevo conocimiento en el contexto de la resolución de un problema clínico real, es muy probable que este aprendizaje le resulte útil en la atención de pacientes futuros."

Para realizar una práctica clínica de estas características se requiere de algunas habilidades y actitudes que, ciertamente, no muchos médicos contemporáneos poseen, como la de cuestionar sistemáticamente el conocimiento establecido y la propia actuación; hacerse preguntas inteligentes y precisas; localizar eficientemente la información entre las múltiples fuentes en las que se puede encontrar; analizarla críticamente, tanto en términos de su validez y confiabilidad, lo que supone un cierto dominio de la metodología y la estadística, como de su aplicabilidad; tener el valor de utilizarla en la resolución del caso particular; considerar las circunstancias clínicas y las del enfermo; evaluar los resultados y retroinformarse con ellos. El reto de la educación médica, entonces, no es ya atiborrar de datos a los alumnos sino dotarlos de las herramientas metodológicas que les permitan tener acceso a ellos y utilizarlos apropiadamente.

## Referencias

1. **Sackett DL, Richardson MS, Rosenberg W, Haynes RB.** Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM. New York: Churchill-Livingston; 1997.
2. **Greenhaigh T.** How to read a paper. The basics of evidence based medicine. London: BMJ Publishing Group; 1997.
3. **Glasziou P, Guyatt GH, Dans AL et al.** Applying the results of trials and systematic reviews to individual patients. ACP Journal Club 1998;129:A17-8.
4. **Tonelli MR.** The philosophical limits of evidence-based medicine. Acad Med 1998;73:1234-40.
5. **Sackett D.** Seep 2.
6. **Bordley DR, Fagan M, Theige D.** Evidence-based medicine: a powerful educational tool for clerkship education. Am J Med 1997;102:427-32.