

# Reumatología Basada en la Evidencia

## Introducción

---

**Pablo Riedemann (M.Sc.)**

Unidad de Reumatología y CIGES\*, Facultad de Medicina,  
Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

En los últimos años todos hemos escuchado hablar y leído respecto a la “Medicina Basada en Evidencias”. Incluso hemos asistido a diferentes conferencias y cursos relacionados con nuestra actividad como reumatólogos, que se han enfocado desde la perspectiva de las “evidencias”. En este número queremos dar inicio a una serie de artículos orientados a entregar herramientas a los profesionales de la salud en general, y a los médicos reumatólogos en particular, que puedan ayudarles en su práctica clínica habitual.

¿Quién de nosotros puede olvidar el momento de nuestro egreso de la Escuela de Medicina, de nuestra residencia en Medicina Interna o la Especialización en Reumatología? Todos esos momentos se acompañaron del merecido orgullo por haber cumplido una etapa en nuestras vidas, y también de cierta sensación de tener la capacidad suficiente para resolver, si no todos, a lo menos la mayor parte de los problemas de salud de los pacientes que nos tocaría atender.

Pero a poco andar nos dimos cuenta de que era mucho más lo que desconocíamos y menos aquello que dominábamos. Seguramente hubo situaciones que nos causaron intranquilidad, inseguridad y algunas veces temor. Recurrimos a nuestros libros y apuntes y a veces a otros colegas buscando respuesta a nuestras inquietudes, pero no siempre logramos satisfacerlas plenamente. Desde el comienzo de nuestra actividad profesional nos vimos en la necesidad de continuar aprendiendo, con la dificultad adicional que nuestros guías o maestros ya no estaban a nuestro lado.

Si bien todos los profesionales de la salud tenemos la intención de entregar a nuestros pacientes los mejores cuidados de salud apropiados a su condición, muchas veces nos resulta difícil discernir entre la información verdaderamente importante y útil de aquella que no lo es tanto.

Afortunadamente, durante los últimos años se ha ido generando, mejorando y adecuando una serie de herramientas que pretenden ayudar al clínico moderno a tener una práctica eficiente y actualizada. Esta serie de conceptos se ha agrupado bajo la denominación de “Medicina Basada en la Evidencia – MBE” (del inglés “Evidence Based Medicine - EBM”). MBE ha sido definida de diferentes maneras, pero una de las más ampliamente aceptadas es **“el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones respecto del cuidado de pacientes individuales”** (1).

Otra forma en que se le ha definido es como “la experiencia clínica apoyada por la mejor evidencia disponible proveniente de la investigación sistemática” (2).

Como en toda área relativamente nueva, aún hay aspectos que son motivo de controversia. Así, es justo reconocer que no existe acuerdo pleno respecto a qué es la **“experiencia clínica”** y cuál es **“la mejor evidencia”**. Además, hay quienes opinan, y con razón, que más que MBE, en el área de Reumatología debiera hablarse de “Cuidados de Salud Basados en Evidencias”, considerando que, en nuestro quehacer, la actuación de otros profesionales de la salud, como kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y otros, son tan importantes como la acción médica (3). A pesar de ello es una forma de practicar la medicina que vale la pena conocer.

La práctica de la MBE implica la integración apropiada de las capacidades y experiencia del médico clínico (habilidad clínica) con la evidencia

---

\* CIGES: Centro de Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud Basada en Evidencias

externa proveniente de investigación sistemática (Figura 1).

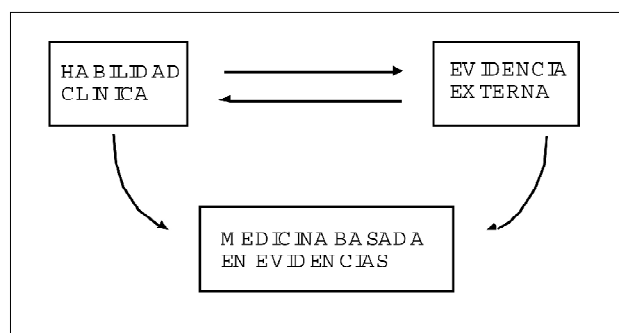


Figura 1.

La habilidad clínica, que incluye, entre otras, las capacidades y experiencia personal del médico, puede resultar difícil de definir en abstracto. Se podría entender como la capacidad de juicio adquirida en la práctica clínica diaria, que se ve reflejada en diagnósticos más certeros y eficientes, identificación más sabia de las decisiones apropiadas y el uso compasivo de los principios, derechos y preferencias de los pacientes para tomar decisiones clínicas relativas a su cuidado.

Por evidencia externa se entiende aquella información proveniente de investigación clínica relevante. Esta investigación clínica relevante podrá ser, a veces, de ciencias básicas, conteniendo, por ejemplo, información que ayude a la comprensión de ciertos mecanismos de enfermedad; pero especialmente se refiere a aquella centrada en el paciente, relativa a la precisión de los tests diagnósticos (incluyendo aquí nuestras destrezas clínicas en el examen de un paciente como "instrumentos" diagnósticos), el poder de marcadores pronósticos y la eficacia y seguridad de medidas terapéuticas, preventivas y de rehabilitación.

De lo anterior se desprende que la sola experiencia clínica, por amplia que ésta sea, no constituirá MBE, y nos iremos exponiendo a la progresiva obsolescencia. Por otro lado, la sola evidencia externa, sin un adecuado análisis e integración con las capacidades del clínico, tampoco constituye MBE, ya que podría cometerse el error de usar evidencia sin valor científico, inaplicable o inapropiada para un paciente determinado, lo que nos llevaría a un ejercicio de la profesión que pudiera ser incluso peligroso.

En este proceso de práctica de la MBE se han identificado cinco etapas:

- 1) Convertir las necesidades de información en preguntas contestables.
- 2) Buscar, con la máxima eficiencia, la mejor evidencia con la cual responder a las necesidades de información (ya sean éstas provenientes del examen clínico, los exámenes de laboratorio, evidencias de investigación u otras fuentes).
- 3) Evaluar críticamente esta evidencia respecto de su validez (qué tan cercana está de la verdad) y de su utilidad (aplicabilidad clínica).
- 4) Aplicar estos resultados de nuestra evaluación crítica de la información a la práctica clínica diaria.
- 5) Evaluar nuestro actuar clínico.

En este momento algunos lectores podrán estar pensando, muy bien..., pero ¿qué hay de nuevo?, ¡esto es lo que siempre hemos hecho!.

Probablemente haya algo de verdad en esa afirmación, pero estamos seguros de que existe un amplio rango y una gran variabilidad en la forma en que se intenta aplicar algunas de estas ideas. Probablemente hay quienes estén ejerciendo la profesión siguiendo principios como los descritos, de una manera organizada y habitual, pero estamos seguros de que existe una proporción que realiza MBE a su manera. Son ellos a quienes quisiéramos presentar algunas herramientas que les ayuden a sistematizar y fortalecer la forma en que practican la profesión.

Dicho lo anterior, ¿por qué creemos importante y necesario incorporar estas nuevas herramientas y nueva terminología?.

- 1) Por una parte se están generando nuevos tipos de evidencia, que, cuando las conocemos y comprendemos, frecuentemente generan cambios mayores en la forma en que manejamos a nuestros pacientes.
- 2) Se hace cada vez más evidente que, aunque necesitamos esta evidencia en nuestra práctica clínica diaria, generalmente fallamos en obtenerla.
- 3) Como resultado de lo anterior, nuestro conocimiento actualizado y por ende nuestro ejercicio de la profesión se deterioran con el tiempo.
- 4) Se ha demostrado que tratar de solucionar este potencial deterioro a través de programas de

- educación médica continua (cursos, talleres y congresos) no mejora nuestra práctica clínica.
- 5) Finalmente, un enfoque distinto de aprendizaje clínico, que pone énfasis tanto en la forma como en los contenidos, ha demostrado ser más eficiente en mantener a los médicos clínicos actualizados, y esto es la MBE.

La MBE refuerza y genera, **PERO NUNCA REEMPLAZA** las habilidades clínicas, el juicio clínico y la experiencia clínica. Por ello, si uno quiere practicar MBE debe mezclar esto con ser el mejor en obtener una historia clínica y realizar un examen físico completo, y debe incorporarlo con ser el mejor en hacer diagnósticos e indicar terapias, y

sólo podrá conseguirlo y consolidarlo si a todo lo anterior le agrega el ser un clínico afectivo, eficiente, preocupado y compasivo.

En artículos posteriores intentaremos cubrir diferentes aspectos de los enunciados, y esperamos que cada uno de ellos les ayude de manera eficiente en su práctica de la MBE.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS \_\_\_\_\_

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA y col. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't? BMJ 1996; 312(7023):71-2.
  2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 1998
  3. Dieppe P y Szebenyi S. Evidence Based Rheumatology - EVIDENCE BASED HEALTHCARE. J Rheumatol 2000; 27:4-7.
- \_\_\_\_\_