

EDITORIAL

Medicina basada en la evidencia en la formación profesional

Evidence-based medicine in profesional training

Diana Cuesta¹

En décadas pasadas comenzó un movimiento que ha transformado la toma de decisiones en la práctica clínica y la educación médica: la medicina basada en la evidencia (MBE). Su origen en la Universidad de McMaster en Canadá por el grupo de médicos liderados por David Sacket, propuso un enfoque distinto para tomar decisiones clínicas que integra la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica y los valores del paciente¹.

La toma de decisiones basadas en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad, en consultas de libros clásicos, en observaciones clínicas no sistemáticas, consultas a colegas o en la lectura no crítica de la evidencia científica pasaron a un segundo plano con la aplicación de los cinco pasos de la MBE: formular de manera precisa una pregunta a partir de un problema clínico del paciente, obtener la mejor evidencia, evaluar críticamente la evidencia, integrar la valoración crítica con el juicio clínico e información del paciente y la autoevaluación del proceso².

La MBE contempla que existe una jerarquía de la evidencia para orientar las decisiones pero que por sí sola no es suficiente y necesita integrar la experiencia clínica, los valores del paciente así como los beneficios, riesgos y costos asociados con las estrategias consideradas³.

Quienes aplican esta herramienta mejorarán la toma de decisiones en la práctica clínica, así como las habilidades en el manejo de computadores, búsqueda electrónica en bases de datos referenciales y de contenido y permanecer más actualizados. Aunque todos estos logros demandan tiempo y requieren disponibilidad para el acceso a bases de datos electrónicas es posible que alcanzándolos, no encuentre una adecuada evidencia científica para tomar decisiones¹.

La introducción de la MBE a los currículos académicos ha sido diversa. En sus inicios se enfocó únicamente a los postgrados clínicos, mediante la implementación de actividades académicas en reuniones médicas hospitalarias, durante la ronda con pacientes y clubes de revista de las rotaciones⁴⁻⁶. El énfasis en adquirir las habilidades de la MBE en este nivel de formación puede explicarse en que a los residentes se les facilita la aplicación en su práctica clínica. Sin embargo, estudios recientes en la evaluación del impacto de la introducción al currículo médico en estudiantes de pregrado han mostrado que los estudiantes incrementan su capacidad de formular preguntas clínicas, desarrollar estrategias de búsqueda electrónica adecuadas, así como fortalecer el pensamiento crítico hacia la evidencia científica^{7,8}.

1. Médica, Magister y candidata a Doctor en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Profesora. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: Diana Cuesta. Correo electrónico: diana.cuesta@upb.edu.co

La implementación de la MBE en el currículo en pregrado puede darse en dos momentos, en la formación preclínica o básica y en la clínica o profesional; algunos autores y asociaciones médicas han recomendado su aplicación en la etapa de formación clínica porque los estudiantes han recibido curso previos de epidemiología, han adquirido más experiencia clínica y pueden aplicar mejor las herramientas que la MBE ofrece⁷.

Para nuestra Escuela de Ciencias de la Salud, la inclusión transversal de la investigación en la transformación curricular ofrece la posibilidad de garantizar la adquisición de competencias en epidemiología y bioestadística previo a la adquisición de competencias en medicina basada en la evidencia o enfermería basada en la evidencia. Desde los primeros semestres los estudiantes identificarán los conceptos básicos de MBE, recibirán entrenamiento en la formulación de preguntas cuando existe interés en resolver problemas sobre la etiología de la enfermedad, el pronóstico de los pacientes, diagnóstico, tratamiento o prevención en beneficio del paciente, la comunidad, los sistemas de salud y de su formación profesional. También desarrollarán capacidades para diseñar estrategias de búsqueda electrónica en bases de datos que les permita identificar la literatura relevante para responder tales preguntas. Conjuntamente la implementación de la epidemiología y la bioestadística en el currículo, permitirá adquirir competencias necesarias para que en el ciclo profesional identifiquen el análisis crítico como un componente importante en la evaluación de la información científica en las ciencias de la salud.

REFERENCIAS

1. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes R B. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2.ed. London: Churchill Livingstone; 2000.
2. Jaeschke R, Guyatt G. What is Evidence-based medicine. *Seminars in medical practice*. 1999;2(3):3-7.
3. Guyatt G, Rennie D. *Users' Guides to the Medical Literature: a manual for evidence-based clinical practice*. Chicago, IL: American Medical Association, 2002.
4. Reilly B, Lemon M. Evidence-based morning report: a popular new format in a large teaching hospital. *Am J Med*. 1997;103(5):419-26.
5. Bazarian JJ, Davis CO, Spillane LL, Blumstein H, Schneider SM. Teaching emergency medicine residents evidence-based critical appraisal skills: a controlled trial. *Ann Emerg Med*. 1999;34(2):148-54.
6. Green ML, Ellis PJ. Impact of an evidence-based medicine curriculum based on adult learning theory. *J Gen Intern Med*. 1997;12(12):742-50.
7. Taheri H, Mirmohamadsadeghi M, Adibi I, Ashorion V, Sadeghizade A, Adibi P. Evidence-based medicine (EBM) for undergraduate medical students. *Ann Acad Med Singapore*. 2008;37(9):764-8.
8. Gruppen LD, Rana GK, Arndt TS. A controlled comparison study of the efficacy of training medical students in evidence-based medicine literature searching skills. *Acad Med*. 2005;80(10):940-4.