



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR



REVISTA DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DEL DOLOR

Artículo Aceptado para su pre-publicación

Título:

¿EN QUÉ BASAMOS NUESTRAS DECISIONES CLÍNICAS COMO PROFESIONALES DE SALUD? PRIMERA PARTE

Autores:

Felipe Araya Quintanilla

DOI: [10.20986/resed.2016.3511/2016](https://doi.org/10.20986/resed.2016.3511/2016)

Instrucciones de citación para el artículo:

Araya Quintanilla Felipe. ¿EN QUÉ BASAMOS NUESTRAS DECISIONES CLÍNICAS COMO PROFESIONALES DE SALUD? PRIMERA PARTE. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2016. doi: 10.20986/resed.2016.3511/2016.

INSPIRA NETWORK

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la

Sociedad Española de Dolor.

¿EN QUÉ BASAMOS NUESTRAS DECISIONES CLÍNICAS COMO PROFESIONALES DE SALUD?

PRIMERA PARTE

HOW BASE OUR CLINICAL DECISIONS MAKING IN HEALTH PROFESSIONALS? FIRST PART

F. Araya Quintanilla

Kinesiólogo. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Las Américas, Chile

CORRESPONDENCIA:

Felipe Araya Quintanilla

fandres.kine@gmail.com

Recibido 8-10-2016

Aceptado 11-10-2016

Sr. Director:

Hoy en día en la corriente con crecimiento exponencial de información científica, los profesionales de la salud nos vemos obligados a mantener nuestros conocimientos actualizados y dispuestos al avance de la ciencia. Sin embargo, no todos forman parte de esta idea, por lo cual las prácticas clínicas no siempre tienen un consenso definido.

Para esto, el primer cimiento fue crear en la década de los 90 la Medicina Basada en Evidencia (MBE), que se define como el uso juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible para tomar una decisión clínica (1). El objetivo de este enfoque fue estrechar la diferencia entre los formados por la experiencia y los impulsores de la evidencia científica (2). Con el paso del tiempo, esta idea fue plasmándose y expandiéndose a todas las áreas de la salud.

Para entender el concepto, revisemos el siguiente ejemplo: imagine que está en un servicio de urgencia, recibe a un paciente asmático con una crisis obstructiva severa. Ya se le indicó oxígeno, B2 agonistas y esteroides en dosis máximas, pero pese a este

tratamiento, el paciente persiste obstruido. Usted teme que el paciente se agote y necesite ventilación mecánica, por lo que se pregunta si hay algo más que se pueda realizar. El becado de turno le asegura que no hay otro tratamiento que él conozca, pero el médico a cargo le dice que ha usado sulfato de magnesio en otros casos similares con buenos resultados. ¿Qué haría usted? ¿Usaría sulfato de magnesio para su paciente? La pregunta clave es: ¿en qué basa sus decisiones clínicas?, ¿es suficiente la respuesta confiada del becado o solamente la experiencia previa del médico de turno?, ¿será necesario tener una base más “científica” que le permita decidir?, ¿decidiría usted lo mismo si le decimos que existe una revisión sistemática de estudios clínicos con asignación al azar que demuestra que el sulfato de magnesio mejora los parámetros ventilatorios de los pacientes asmáticos con crisis obstructiva severa?

Tradicionalmente nos ha bastado como evidencia nuestra experiencia o la opinión de expertos para resolver una incertidumbre clínica. Sin embargo, está comprobado por la literatura que, basándonos solamente en la fisiopatología o conocimientos en base experiencia clínica, no se va a incrementar el conocimiento clínico-científico ni tampoco necesariamente se va a asegurar la mejoría de las variables en nuestros pacientes (3). Posterior a esto debemos interpretar cuál es la mejor evidencia. La MBE propone una jerarquía la evidencia para estudios de terapia; dice que las revisiones sistemáticas (RS) de estudios clínicos con asignación al azar (ECA) y los ECA son el mayor nivel de evidencia; no los únicos, sólo los de mayor jerarquía. Es decir, basaremos nuestra decisión clínica en una RS o ECR si los hubiese, debido a que por naturalidad introducen menos sesgo o error en nuestras respuestas a una aplicación clínica. De lo contrario nos basaremos en los niveles siguientes con estudios de menor jerarquía, encontrándose en el último lugar la opinión de expertos, debido que posee demasiado sesgo y no asegura que en un próximo escenario similar un paciente se vea beneficiado por la misma técnica, intervención o tratamiento (4) (Tabla I).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2.
2. Guyatt G. Users' Guides to the Medical Literature. A manual for Evidence-Based Clinical Practice. Guyatt G, Rennie D, eds. Chicago: American Medical Association; 2002.
3. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic Review: The relationship between clinical experience and quality of health care. Ann Intern Med 2005;142:260-73.
4. Evidence based medicine working group. Evidence Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-5.

Tabla I. Jerarquía de la evidencia.

Jerarquía	Diseños	Sesgo
I	Revisión sistemática	+
I	Ensayos clínicos aleatorizados	+
II	Estudios observacionales: cohorte y caso-control	++
III	Reporte de series y casos clínicos	+++
IV	Experiencia clínica	++++
+: mínimo sesgo ++++: máximo sesgo		