



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



HUMANIDADES EN MEDICINA

Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración

PALABRAS CLAVE

Medicina basada en la evidencia;
Medicina;
Paciente;
Ensayos clínicos;
Investigación;
Práctica médica

KEYWORDS

Evidence based medicine;
Medicine;
Patient;
Clinical trials;
Research;
Medical practice

Resumen La medicina basada en la evidencia (MBE) y la medicina centrada en el paciente (MCP) son dos corrientes que han surgido con fuerza en los sistemas sanitarios en los últimos años. La MBE tiene un enfoque poblacional y su objetivo primordial es la generalización y la mejora de los resultados sanitarios en el promedio de los pacientes. La MCP tiene un enfoque individual, busca la particularización y la mejora de los resultados sanitarios en los pacientes individuales. Mientras que el anclaje conceptual de la MBE es la investigación, el de la MCP es el cuidado médico.

A pesar de que MBE y MCP puedan parecer corrientes antagónicas, los profundos cambios que están teniendo lugar en los sistemas sanitarios, pueden facilitar el progresivo «reencuentro» de la investigación y la práctica clínica. El presente artículo constituye una reflexión sobre cómo los métodos de investigación deberían acercarse al paciente individual y la práctica médica debería acercarse a los futuros pacientes. La MBE y la MCP, al igual que la investigación y la práctica médica, son las dos caras de la misma moneda, que deberían complementarse y nutrirse mutuamente. Es difícil entender que una de ellas pueda alcanzar todo su potencial sin tener a la otra como continua referencia. Porque no debería practicarse una MCP que no estuviese basada en la mejor evidencia disponible, ni es posible imaginar una MBE cuyo objetivo final este alejado del paciente individual.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Evidence based medicine and patient centered medicine: Some thoughts on their integration

Abstract Evidence based medicine (EBM) and patient centered medicine (PCM) are two movements that have emerged with great force in health systems in recent years. EBM has a population approach, and its primary objective is the generalization and improvement of health outcomes in the average patient. PCM has a personalized approach, focuses on individualization and improving health outcomes in specific patients. While EBM has its conceptual anchor in research, PCM has it in medical care.

Despite EBM and PCM may be perceived as conflicting movements, the profound changes that are currently taking place in health systems can facilitate the confluence of clinical research and medical care. This article constitutes a reflection on how research methods should approach the individual patient and medical practice should approach future patients. EBM and PCM, like research and medical practice are two sides of the same coin, which should complement and aid each other. It is difficult to see how one of them can reach its full potential without the other as a continual reference. Because PCM should not be practiced without being based on the best available evidence and it is impossible to imagine an EBM whose ultimate goal is disconnected from the individual patient.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Hay muchos pacientes parecidos, pero todos los pacientes son diferentes. Este hecho, aparentemente intrascendente, es de capital importancia para entender la relación entre la investigación clínica y la práctica médica. Ya Aristóteles señalaba que la observación de múltiples hechos particulares podría servir para extraer conclusiones generales. Este razonamiento, denominado inductivo, es uno de los pilares de la investigación biomédica. A partir de la observación de muchos pacientes que presentan características comunes, se establecen conclusiones aplicables a futuros pacientes similares a los estudiados.

Pero todos los pacientes son diferentes. Aunque dos pacientes sufran la misma enfermedad, presenten los mismos signos y síntomas, y sus pruebas de laboratorio sean idénticas, se tratará de dos pacientes distintos. Porque un paciente es mucho más que su enfermedad: es la persona que sufre la enfermedad, sus circunstancias, sus creencias, sus valores, sus preferencias, sus objetivos, y todos aquellos elementos que hacen que, al igual que no hay dos seres humanos iguales, no haya dos pacientes iguales. La existencia de diferencias es la base de la práctica clínica y constituyen la esencia de la medicina.

La medicina basada en la evidencia (MBE) y la medicina centrada en el paciente (MCP) son dos corrientes que han surgido con mucha fuerza en los sistemas sanitarios en los últimos años^{1,2}. Mientras que la primera tiene un enfoque poblacional y su objetivo primordial es la generalización y la mejora de los resultados sanitarios en el promedio de los pacientes; la MCP tiene un enfoque individual, busca la particularización y la mejora de los resultados sanitarios en los pacientes concretos. De una forma muy simplista podría afirmarse que la MBE tiene su anclaje conceptual en la investigación, mientras que la MCP lo tiene en el cuidado médico. Si aquella nos hace pensar en los grandes tamaños muestrales, esta nos lleva directamente hasta la cama de un paciente con nombre y apellidos.

El concepto de MBE surge a principios de los años noventa de la mano de la epidemiología clínica y del enorme desarrollo de los métodos de investigación cuantitativos y de la bioestadística, y sitúa al ensayo clínico aleatorizado (ECA) como método de referencia. En 1948, un grupo de médicos ingleses del *Medical Research Council*, encabezados por un médico, D'Arcy Hart, y un estadístico, Bradford Hill, (fig. 1), ponen en marcha el primer ECA de la edad moderna³, aplicando la idea de asignar aleatoriamente a los pacientes en estudio, enfermos de tuberculosis, a cada uno de los dos tratamientos comparados, la estreptomycinina y el placebo. La asignación aleatoria es probablemente la aportación metodológica que ha contribuido en mayor medida al enorme avance de la terapéutica en el último medio siglo.

El ensayo clínico aleatorizado, convertido en piedra angular de la evaluación de la eficacia de las intervenciones sanitarias, es el pilar sobre el que se sustenta la MBE. Sus resultados nos muestran si, en el promedio de los pacientes, una intervención es superior o no a otra y, por ello, sirve de base para las decisiones regulatorias. Pero al hablar el lenguaje de las poblaciones, se aleja de los pacientes individuales. Por ello, en las clasificaciones jerárquicas propuestas por la MBE, la observación y el estudio de casos individuales ocupan los últimos lugares, mientras que los experimentos realizados con altos tamaños muestrales (cuanto más altos, mejor) ocupan los primeros.

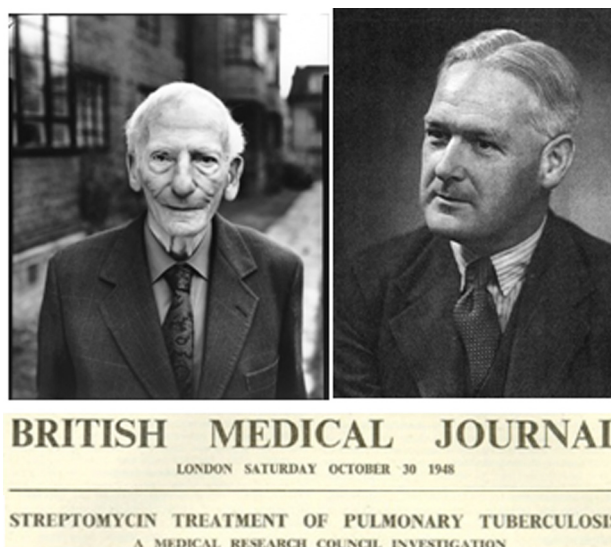


Figura 1 D'Arcy Hart y Bradford Hill «padres» del primer ensayo clínico de la edad moderna (© Nick Sinclair y James Lind Library).

Aunque la medicina siempre ha estado orientada hacia los pacientes, entendida como corriente, la MCP surge más tarde que la MBE. Reivindica la necesidad de volver la mirada hacia el paciente individual, entendido como persona. A lo largo de la historia han sido numerosos los médicos ilustres que han preconizado esta visión. Hipócrates afirmaba que «es más importante saber qué persona sufre la enfermedad que saber qué enfermedad sufre la persona». Pero el gran precursor de las ideas que han dado lugar a la MCP es probablemente el médico canadiense William Osler (fig. 2), que señalaba «la variabilidad es la ley de la vida, y al igual que no hay dos caras iguales, no hay dos cuerpos iguales, ni dos individuos se comportan igual bajo las condiciones anormales que conocemos como enfermedad». Y en la que es su cita más conocida recordaba que «si no fuera por la gran variabilidad entre los individuos, la medicina bien podría ser una ciencia y no un arte».

Mediante el enfoque en la heterogeneidad y el cuidado personalizado, la MCP «trata de proporcionar el mejor cuidado sanitario a cada paciente, en las condiciones de la práctica clínica, teniendo en cuenta sus objetivos, preferencias y valores, así como los recursos económicos disponibles»⁴. Aunque el concepto de medicina personalizada nos sugiera, de forma casi inmediata, la imagen del genoma y la doble hélice, es preciso subrayar que la personalización a la que se refiere la MCP va mucho más allá de los genes. Conceptos como «toma de decisiones compartidas» (*shared decision making*)^{5,6} o la «capacitación de los pacientes» (*patients' empowerment*) resultan esenciales a la hora de entender el alcance de esta nueva corriente. La personalización tiene mucho que ver con el esfuerzo del médico por entender mejor cuales son los aspectos psicológicos, culturales y sociales que determinan la actitud de cada paciente ante la enfermedad, factores estos que pueden condicionar significativamente su pronóstico.

Debido a sus características diferenciales, podría pensarse que MBE y MCP son dos corrientes antagónicas. Al fin y al cabo, entre ellas existe la misma separación que entre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827170>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827170>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)