

Medicina de emergencia basada en la evidencia

Consejos y estrategias

Serrano Moraza A^a, Briñas Freire MJ^a, Pacheco Rodríguez A^b, Pérez Belleboni A^c

^aMadrid, SUMMA-112. ^bEmergencia Ciudad Real-SESCAM Castilla-La Mancha. ^cSAMUR Madrid.
Medicina de Emergencia Basada en la Evidencia MEBE www.mebe.org

XVII Congreso Nacional SEMES
Palma de Mallorca, 8-11 de junio de 2005

La historia sitúa el origen de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en el París de 1834, cuando Pierre Charles Alexandre Louis da nombre al movimiento "Médecine d'observation". Como anécdota histórica, cuando en 1629 William Harvey describe los "ruidos" cardiacos, Emilius Parisanus, médico veneciano replica: "*Esos ruidos sólo se oyen en Londres*".

Lejos de pensar que en la medicina actual no existen dilemas siquiera algo similares en los que la práctica no es soportada por la evidencia, pongamos ejemplos de nuestro tiempo. Pensemos en la amigdalectomía de los años 1950s, el uso sistemático de la lidocaína en el seno del IAM en los 80, los catorce años que hemos necesitado para convencernos de la eficacia de la trombólisis, etc.

Conocida la existencia del movimiento MBE -término probablemente sugerido por Gordon Guyatt a comienzos de los años 90 cuando la Universidad de McMaster elaboraba las guías JAMA- nuestro grupo fue consciente de la utilidad y ventajas del cambio cualitativo que éste nuevo enfoque proponía. Desde hace aproximadamente una década, intentamos recopilar en un catálogo colectivo los recursos disponibles para la Medicina de Urgencias y Emergencias (U y E), cuyo fruto pueden contemplar en la web Medicina de Emergencia Basada en la Evidencia MEBE www.mebe.org¹. Paso a comentar su estructura.

¿Por qué MEBE?

¿Existen razones para aplicar la MBE al campo de la Emergencia?

Probablemente lo más importante sea señalar que la MEBE es una herramienta para el clínico. De hecho, la invitación a este foro se basa en el resultado de generar y compartir nuestra propia necesidad de disponer de evidencia relevante en el medio prehospitalario. La imagen ilustra esta idea, en la que quiero mostrar el uso del detector esofágico en el medio prehospitalario, una de nuestras líneas de trabajo¹.

El modelo tradicional asienta sobre un paradigma basado en la revisión habitualmente no sistemática de la experiencia, dependiente del aprendizaje y la experiencia individuales del clínico, que incluso sobrevalora la opinión de expertos frente a otras fuentes. En un entorno intuitivo difícil de medir, cualquier hipótesis fisiopatológica verosímil con una mínima posibilidad de beneficio para el paciente puede hacer fortuna y perdurar en el tiempo de forma acrítica.

Por su parte, tras la experiencia de la MBE, la aplicación de la MEBE permite medir la variabilidad en un entorno tecnificado y acelerado, a menudo sin posibilidad de marcha atrás, en el que situaciones y respuestas deben ser anticipadas y, en ocasiones, compartidas por personal de otras disciplinas. Persigue la búsqueda y conocimiento de la mejor evidencia disponible (y su nivel), así como las posibles limitaciones y su ámbito de aplicación. Permi-

te una valoración cuantitativa de la relación riesgo-beneficio, sin olvidar los valores y preferencias del paciente, a quien se le ofrece. No obstante, por cuanto se trata de una herramienta de apoyo, la MEBE no toma decisiones: el clínico lo hace.

Acabemos señalando Qué NO es MEBE.

La MEBE no es dominio del epidemiólogo, ni siquiera una herramienta para la optimización de recursos sanitarios. De acuerdo con la filosofía del usuario final, se trata de una herramienta básica para el clínico, para el que tampoco constituye un simple recetario de cocina, e incluso va más allá de estudios randomizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

No se muestra contraria a la medicina orientada al paciente² y, frente a algunos grupos de opinión. Tampoco se trata de la buena práctica de la medicina, algo que hemos hecho durante años. En efecto, la experiencia de su aplicación en el campo de la MBE nos ha mostrado que se trata de un salto cualitativo.

Razones para el cambio cualitativo³.

Las claves para esta afirmación se basan en la forma en que la MBE ha revolucionado en no más de una década el resto de las disciplinas. Explican que la MEBE responde a la demanda de los profesionales, aprovecha las ventajas de las nuevas tecnologías⁴, permite un mayor control de los procesos clínicos en todas y cada una de sus etapas, al tiempo que describe el uso de nuevas herramientas o los pasos para crearlas cuando aquéllas no existen. Adecua necesidades recursos y procesos, reduciendo la distancia entre lo que debe y lo que puede hacerse y permite un desarrollo conjunto de la Emergencia⁵. Y, lo que es más importante, conforma un esqueleto que resulta compatible con el resto de los enfoques conocidos o no.

Frente al conocimiento basado en opiniones de expertos, recogido en manuales y revistas difíciles de actualizar, la MEBE plantea la revisión sistemática de la evidencia disponible de forma continuada e interactiva⁶.

Mientras la enseñanza de las habilidades clínicas se mostraba envuelta en un halo de misterio, la MEBE permite controlar, evaluar, enseñar, transmitir, compartir y construir métodos y herramientas de aprendizaje⁶.

Superada la investigación como campo marginal de la práctica, la MEBE obliga a investigación y práctica clínica a caminar de la mano⁶.

Mientras el análisis de la investigación podía realizarse de forma aleatoria, la MEBE asume un método de trabajo sistemático para este campo⁶.

No considerados los pacientes fuente habitual de nuevos datos, son tantas las necesidades de avance detectadas que el ensayo clínico se convierte en la herramienta básica del clínico generador de MEBE⁶.

Mientras la información se limitaba a ser acumulada, gracias a las nuevas MEBE-tecnologías puede ser actualizada y compartida en tiempo real⁶.

Superado el modelo jerárquico de aprendizaje y práctica clínica, la MEBE respalda el desarrollo global de una auténtica ME Internacional de forma interactiva, respondiendo a necesidades tan vigentes como la amenaza terrorista global⁶.

No obstante, existe en la literatura la amenaza de mostrar como MBE lo que no lo es, según reconoce reconoce en un editorial ahora histórico David Sackett⁷, en cuyo honor Paul Glasziou sugiere el término *Sackettisation*.

Caminando hacia el futuro.

Al objeto de esbozar una visión de futuro, recogemos esta imagen, disponible en www.mebe.org¹, que permite navegar de forma interactiva utilizando los enlaces señalados con ratones... y muestra el origen disperso e inconexo de los recursos disponibles en MEBE.

En especial, para generar suficiente nivel de evidencia en MEBE:

1. Es necesario plantear la investigación como una necesidad básica, compañera inseparable de la práctica clínica, a pie de calle y dirigida por prioridades.
2. Necesitamos de la creación de Unidades de I+D+i en SUH y SEMEx, para las que será necesario:
 - a. Disponer de fondos y recursos (véase la experiencia EMS Research Agenda de la National Academy of EMS Physicians NAEMSP⁸).
 - b. La formación específica y de calidad de los clínicos implicados en el cambio.
 - c. La creación de nuevos perfiles, tanto el del clínico investigador principal, como el del Documentalista especializado en U y E.
 - d. La creación de bases de datos interactivas, en especial la presencia de las sociedades científicas en las revisiones dependientes de la colaboración *Cochrane*
3. En especial, la SEMES juega un papel crucial en la asesoría científica y difusión de los nuevos proyectos para un futuro inminente, donde revista y web se encuentran en el ojo del huracán.
4. Será crucial la creación específica de herramientas adaptadas a las Urgencias y Emergencias por Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias o similares.

Elementos todos que permitirán la creación de una MEBE Internacional^{9,10}.

Referencias bibliográficas.

1. Serrano Moraza A et al. Medicina de Emergencia basada en la evidencia MEBE. www.mebe.org. Creación febrero 2004. Update/acceso junio 2005.
2. Patient-Oriented Evidence that Matters POEMS. <http://www.infopeoms.com/> Acceso junio 2005.
3. James BC,. Three Methods to Manage Clinical Care. <http://www.ihc.com/xp/ihc/documents/institute/3methods.ppt>. Acceso junio de 2005.
4. Straus SE, Takeshita H, Davis D, Rodriguez Gianolli P. Bringing Evidence to the Point of Care. <http://www.cs.utoronto.ca/~prg/slides/EPoCare-BULSeminar.ppt>. Acceso junio 2005.
5. Arnold JL, Levine BN, Manmatha R, Lee F, Shenoy P, Tsai MC, Ibrahim TK, O'Brien DJ, Walsh DA. Information-Sharing in Out-of-Hospital Disaster Response: The Future Role of Information Technology. Prehosp Disast Med 2004;19(3): 201–207. Available at <http://pdm.medicine.wisc.edu/19-3%20pdfs/Arnold.pdf>. Acceso junio 2005.
6. Smith R. Evidence based practice (not medicine): perspectives of an editor. http://bmj.bmjournals.com/talks/ebm_zurich.ppt. Acceso junio 2005.
7. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. Br Med J 2000;320:1283 (6 May). At.<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7244/1283>. Acceso junio 2005.
8. Nacional Academy of EMS Physicians. EMS Education Agenda for the Future: Core Content. <http://www.naemsp.org/currentgrants.asp#corecontent>. Acceso junio 2005.
9. Arnold JL. Introduction to International Emergency Medicine. <http://www.emedicine.com/emerg/topic839.htm>. Acceso junio 2005.
10. Bledsoe GH, Dey ChC, Kabrhel Ch, VanRooyen MJ. Current Status of International Emergency Medicine Fellowships in the United States. Prehosp Disast Med 2005;(20)1:32–35. Av. at <http://pdm.medicine.wisc.edu/20-1%20PDFs/Bledsoe.pdf>. Acceso junio 2005.