

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

¿Cómo formular una pregunta efectiva?

Introducción

El cuidado de la salud requiere un continuo aprendizaje. Se trata de un proceso en el que se generan preguntas y respuestas. Al atender pacientes, permanentemente debemos encontrar respuestas a preguntas como estas:

Ejemplo: ¿Cuál es el diagnóstico? ; ¿Cuál es la causa de lo que le sucede? ; ¿Cuál es su pronóstico? ¿Cuán beneficioso o riesgoso es cierto tratamiento? ¿Qué es lo que desea el paciente?

En estas circunstancias, cuando encontramos la respuesta válida, seguimos adelante. Por suerte, la mayoría de las preguntas pueden ser respondidas gracias a nuestra experiencia clínica, la educación médica recibida, los libros, las publicaciones científicas y/o preguntando a un colega.

Sin embargo, cuando nos acostumbramos a no obtener respuestas, solemos comenzar a olvidarnos de hacernos más preguntas. Por ejemplo, en un estudio realizado por Ely y col¹, se encontró que los médicos de familia reportan 3,2 preguntas por cada 10 consultas. De éstas, las dos terceras partes ni siquiera se formulan; mientras que de las que sí se formulan, el 80% se responden. Sin embargo, debido a la universal escasez del tiempo, los médicos queremos y necesitamos que el hallazgo de la respuesta no demande más que unos pocos minutos. Por eso acudimos principalmente a otros colegas, a los libros y, escasamente, a las fuentes de información electrónicas.

Por lo tanto, luego de formularnos la preguntas, sería ideal poder tener un acceso rápido a fuentes confiables de información.

La medicina basada en la evidencia (MBE) es una estrategia que tiene por objetivo optimizar los procesos para que puedan obtenerse en el menor tiempo y esfuerzo posible las respuestas más confiables a preguntas específicas 2,3.

La investigación cualitativa de Ely y col⁴, que resumimos y comentamos en este número de EVIDENCIA describe los principales obstáculos para llevar adelante este proceso.

La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia

Primer paso: formular la pregunta

La pregunta clínica es el vehículo que permite diseñar la estrategia adecuada de búsqueda de la respuesta. De la precisión con que la formulemos dependerá la facilidad y rapidez con que hallemos lo que necesitamos⁵. Dicho de otro modo, para poder encontrar el mejor camino es imprescindible saber primero hacia donde queremos ir.

Lo primero de lo primero: reconocer lo que uno no sabe

Generalmente, cuando el personal del equipo de salud adopta la MBE como estrategia para actualizarse y realizar educación continua, pareciera que las principales barreras con las que se topa son la búsqueda de información en bases de datos complejas, el acceso a los trabajos originales, su interpretación crítica y la necesidad de adquirir herramientas que permitan cierto análisis cuantitativo.

Sin embargo, la dificultad de los médicos y otros profesionales de la salud de reconocer y aceptar los déficit en el conocimiento

constituyen una barrera importante. Saber que no se sabe y reconocerlo no es una tarea sencilla.

Si bien vamos a dedicar este capítulo a la confección adecuada de la pregunta que se genera ante un déficit de conocimiento ("déficit global" o "grieta"), que habitualmente se reconoce como el primer paso en la práctica de la MBE, consideramos que el primer y real paso es reconocer que algo no se sabe.

La grieta o el déficit global de conocimiento

Asumamos que estamos listos y preparados para reconocer aquello que desconocemos. A nuestras deficiencias de información importantes y amplias las llamaremos "déficits globales" y a las más puntuales "grietas".

¿Cuál es la diferencia entre un "déficit global" y una grieta? Bueno, básicamente su extensión. Cuando hablamos de un "déficit global" nos referimos a que sabemos muy poco sobre ese tema; dicho de otro modo se trata de una pregunta amplia y de orden general. Supongamos que nos viene a ver un individuo con una enfermedad que es rara (de esas que sólo recordamos porque alguna vez las hemos marcado en alguna opción de un examen "multiple choice") o que no es tan rara pero que hace mucho que no se nos presenta algún paciente con este problema. En este caso nuestro déficit en el conocimiento es muy general y, probablemente, nos veremos obligados a consultar de qué se trata en algún libro de texto de los clásicos.

Pero supongamos ahora que nos consulta un paciente por una patología o condición que conocemos bien y manejamos frecuentemente pero, ya sea porque se trata de un tema que sabemos se "actualiza" rápidamente (ej. diabetes tipo II, virus de la inmunodeficiencia adquirida) o tenemos una duda puntual acerca del problema, estamos ante una grieta del conocimiento. En este caso es probable que los libros no puedan ayudarnos.

Es decir que al diferenciar si estamos ante una grieta o un "déficit global" ya podemos ir imaginando el mejor sitio para encontrar la respuesta.

Ejemplo: lo consulta una mujer de 50 años quien le refiere tener diagnóstico de colitis ulcerosa de siete años de evolución. Es controlada por un gastroenterólogo quien le realiza colonoscopías periódicas. Actualmente se encuentra asintomática y sin medicación.

El médico, quien hace tiempo no ve pacientes con colitis ulcerosa decide leer el capítulo correspondiente del libro de medicina interna ya que considera que su información y comprensión global del tema es insuficiente y lo que más le interesa es obtener información con buen grado de decantación (no la última novedad). Esto sería entonces una pregunta general. Si el médico estuviera avezado en las características de la enfermedad, pero tuviera dudas respecto a la frecuencia con que debe realizarse la colonoscopia, estaría ante una grieta del conocimiento y es posible que el mejor lugar donde buscar la respuesta a esa pregunta no sea un libro de texto.

Ejemplo: un residente de primer año le consulta una paciente de 20 años que está atendiendo en la guardia. Al examinarla, Ud. diagnostica varicela. El residente no recuerda el período de incubación, las características distintivas de la erupción y las complicaciones de la enfermedad. Estamos frente a un "déficit global" del conocimiento. Ud. que ha visto muchas varicelas en su vida médica, se pregunta si darle aciclovir acelerará la recuperación. Usted tiene una grieta.

Es muy probable que el residente pueda resolver su problema consultando un libro de texto (pregunta general). Es mas, no sólo



lo podrá resolver sino que ésa es la fuente recomendada para lo que busca ya que el período de incubación y las características de la erupción son atributos decantados que, en general, no se desactualizan.

En cambio su pregunta seguramente requerirá alguna estrategia de búsqueda más sofisticada. A este tipo de preguntas se las denomina específicas.

Para obtener información global y decantada sobre un tema la mejor y más accesible fuente de información suele ser un libro de texto actualizado.

¿Cómo se formula la pregunta?

Cuando reconocemos que no sabemos algo, y ese desconocimiento es puntual y específico ("grieta del conocimiento") está recomendado transformar ese escenario clínico en una pregunta "bien construida". El cumplimiento de este primer paso (que no suele ser sencillo) permite hallar la respuesta con la mayor precisión y eficiencia posible⁶. Con el ejercicio de la práctica de la MBE este primer paso tiende a automatizarse, sin embargo recomendamos explicitar la pregunta, especialmente a quienes se inician en esta disciplina.

Las preguntas pueden estar referidas a terapéutica, pronóstico, etiología, diagnóstico, costo efectividad, etc. Cualquiera fuese la categoría, la pregunta debe respetar una anatomía que, como veremos, no es caprichosa, y también ser lo más precisa posible. Esta anatomía o arquitectura debe contemplar los componentes que se enumeran en el cuadro 1.

Cuadro 1: componentes de la pregunta

- El paciente, la población o el problema al que nos referimos.
- La intervención o el factor de exposición que nos interesa.
- Comparación con otra intervención o exposición (si corresponde).
- Resultado de interés.

Paciente o población

El paciente o la población deben definirse claramente y con precisión. Sin embargo no es conveniente estrechar en exceso la definición porque corremos el riesgo de fracasar en la búsqueda. Dicho de otro modo, nunca encontraremos un estudio de investigación con pacientes idénticos al que tenemos en frente.

Ejemplo: usted atiende a un paciente diabético, hipertenso, dislipémico con el antecedente de un infarto agudo de miocardio (IAM) anterior extenso ocurrido hace dos años. Presenta microalbuminuria positiva en el análisis de orina y tiene microaneurismas en el "fondo de ojo". Usted quiere saber si el control estricto de la tensión arterial retrasará el progreso hacia la insuficiencia renal.

En rigor de verdad, la definición de la primera parte de la pregunta sería: "paciente diabético tipo II infartado, con hipercolesterolemia, hipertensión, microalbuminuria y retinopatía". Esta sería la definición precisa, pero estrecha tanto el espectro de pacientes diabéticos, que probablemente no encontremos ningún ensayo que haya incluido pacientes con estas características.

Por lo tanto puede ser suficiente definir al paciente como diabético tipo II con complicaciones.

Intervención o factor de exposición y resultados

La intervención o el factor de exposición también deben definirse claramente ya que queremos saber si el tratamiento con drogas produce tal o cual efecto o nos interesa una familia de drogas o nos interesa una droga en particular; o tal vez queremos saber si dosis altas o bajas de un mismo fármaco producen efectos similares; o bien la intervención de interés es el ejercicio físico o una dieta. Del mismo modo, debemos definir si nos interesa comparar una intervención con otra.

Ejemplo: nos interesa saber si los antagonistas de receptores de angiotensina reducen la mortalidad en la insuficiencia cardíaca al menos tan eficazmente como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (comparación entre dos familias de drogas) o nos interesa saber si el bupropion aumenta la tasa de cese tabáquico en mayor proporción que el placebo (comparación contra placebo).

Tal vez no nos interesa comparar sino que queremos saber si una exposición se asocia a algún resultado (etiología).

Ejemplo: queremos saber si los adultos (población) que usan telé - fono celular (exposición) tienen más riesgo de desarrollar tumores cerebrales (resultado). Sin embargo, aunque no tan evidente, también hay una comparación subyacente (los que usan teléfono celular versus los que no lo usan).

Es crucial que el resultado de interés esté claramente definido, siendo un error muy frecuente preguntarse si tal o cual droga es mejor que otra. Sin embargo esta formulación de resultado "es mejor" puede llevar a errores graves de interpretación. Es importante definir qué nos interesa.

Ejemplo: si nos interesa saber si los inhibidores de la enzima con - vertidora de angiotensina bajan la presión en mayor medida que las tiazidas, en esta situación el resultado es: ¿bajan más la presión?. En cambio, si queremos evaluar si a igual descenso de presión las tiazidas son más económicas, el resultado aquí es ¿cuántos pesos es necesario gastar por cada mmHg de descenso de la tensión arterial?. Pero pudiera ser que sólo nos interese si disminuyen en forma equivalente el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) mayor, siendo en este caso el resultado: prevención de ACV mayor. Más aún, quizás a alguien le interese si alguna droga es más segura que otra y frente a este interrogante el resultado serían los efectos adversos graves.

Si bien todos estos resultados podrían englobarse en "ser mejor" las implicancias para el tratamiento de los pacientes son muy diferentes.

Veamos con ejemplos otro error frecuente en relación a la definición del resultado de interés al formular la pregunta.

Ejemplo: usted atiende a un paciente con lumbalgia aguda que no presenta signos de alarma (ej. pérdida de peso, fiebre, antecedentes de cáncer conocido, inicio luego de los 50 años) que hagan sospechar una enfermedad grave o sistémica (ej. osteomielitis, metástasis óseas, etc.) y se pregunta acerca de la eficacia de los relajantes musculares.

Usted puede sentirse tentado a preguntar si en pacientes con lumbalgia aguda (población), los relajantes musculares (intervención) sirven (resultado).

Sin embargo volvemos al mismo punto ya que preguntarse si una intervención "sirve" no es una buena manera de comenzar ya este interrogante puede estar referido al alivio del dolor, a la disminu -

ción del ausentismo laboral, al aumento de la satisfacción de los pacientes, etc.

Cuando queremos saber si una intervención es útil en algún sentido debemos formular cómo deseamos que esa utilidad se refleje en la vida real. Podría ser que los relajantes musculares hicieran que el paciente pase de referir un dolor de seis puntos sobre diez de intensidad a referir un dolor de cinco sobre diez. En ese caso, ¿significa que sirven? Por lo tanto, es fundamental precisar qué nos importa como médicos cuando queremos saber si algo sirve. Un modo de pregunta bien formulada con relación al caso de la lumbalgia es el que sigue.

Ejemplo: ¿en pacientes con lumbalgia aguda (población), los relajantes musculares (intervención) disminuyen la intensidad y/o duración del dolor de manera clínicamente relevante (resultado)?

Veremos varios escenarios clínicos y algunas de las preguntas que pueden formularse:

Ejemplo: usted atiende a un varón de 50 años que ha sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) inferior sin complicaciones hace tres meses. Al revisar las indicaciones observa que el paciente recibe betabloqueantes, aspirina, atorvastatina y enalapril. El paciente no era hipertenso y tiene una tensión arterial de 110/70. Usted se pregunta acerca de la pertinencia de la indicación del enalapril: ¿en pacientes infartados (población) y comparado con placebo, el enalapril (intervención y comparación) disminuye el riesgo de reinfarcto, ACV o muerte (resultados de interés)?

Usted acaba de formularse una pregunta de terapéutica.

En la misma consulta, el paciente relata síntomas de depresión y usted se pregunta acerca del pronóstico de los pacientes infartados que además están deprimidos: ¿en los pacientes infartados (población), la depresión (exposición) es un factor de riesgo para el reinfarcto o la muerte (resultados de interés)?

Usted se ha formulado una pregunta sobre pronóstico.

Veamos un ejemplo sobre un método de diagnóstico:

Ejemplo: usted se pregunta "cuán buena" es la densitometría ósea (DMO) para el diagnóstico de osteoporosis. Es habitual escuchar la pregunta con el formato siguiente: ¿"sirve la densitometría ósea"?

El lector debe haberse dado cuenta que esta no es una buena manera de formularla debido a que detrás de esta interrogación pueden, en realidad, coexistir diferentes inquietudes cuya respuesta deberá buscarse de manera diferente ya que el tipo de estudio ideal para responder cada una de esas inquietudes también es diferente.

¿Qué quiere saber usted en realidad?; ¿le interesan las características operativas de la prueba diagnóstica con relación a la biopsia de hueso para el diagnóstico de osteoporosis? ¿o le interesa saber cuán bien predice una fractura futura una densito-

metría ósea anormal? ¿o en qué grado reduce la probabilidad de una fractura futura una densitometría normal? ¿o tal vez usted ya sabe las respuestas a estas preguntas y lo que en realidad quiere saber es si un programa de rastreo aplicado en la población reduce el riesgo de fracturas?

Con estos ejemplos acerca de preguntas que surgen con relación a una prueba diagnóstica se hace evidente que la anatomía debe ser respetada. Veamos ejemplos de preguntas bien confeccionadas:

Ejemplos: ¿en las mujeres post-menopáusicas (población) la presencia de una densitometría patológica (exposición/factor de riesgo/test anormal) predice riesgo de fractura futura (resultado)? En las mujeres post-menopáusicas, la densitometría (exposición) es capaz de diagnosticar con buena especificidad y sensibilidad la presencia de osteoporosis (resultado)?; o bien, ¿en las mujeres post-menopáusicas (población) la realización de densitometría de rastreo (intervención) disminuye el riesgo de fracturas?

En ocasiones, al reflexionar sobre pruebas diagnósticas, ya conocemos las respuestas a todas estas preguntas y lo que en realidad nos interesa saber es si esta estrategia es sustentable desde el punto de vista económico.

Ejemplo: ¿en las mujeres post-menopáusicas (población) la realización rutinaria de densitometría (intervención) tiene un costo por fractura prevenida que el sistema puede financiar (resultado)?

Conclusión

Las preguntas y respuestas deben estar integradas al proceso de cuidado de los pacientes. Vale la pena aclarar que muchas veces es difícil reconocer que uno no tiene la respuesta, y esta es muchas veces la peor barrera para el aprendizaje. El desafío central es seguir haciéndonos preguntas.

Resumen para llevar al consultorio

- El objetivo de la medicina basada en la evidencia es intentar encontrar la mejor respuesta utilizando la fuente de información más adecuada en cada caso y, en lo posible, con el menor esfuerzo.
- Muchas veces, especialmente cuando se trata de déficits globales de información sobre algún tema, que llevan a preguntas generales, la mejor fuente de información es un libro de texto actualizado.
- Cuando es necesario encontrar la mejor respuesta para una pregunta específica es importante destacar el buen armado de la misma (paciente/población, intervención con o sin comparación y resultados).

Dra. Karin Kopitowski [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Bibliografía

1. Ely JW, Burch RJ, Vinson DC. The information needs of family physicians: case-specific clinical questions. J Fam Pract. 1992;35:265-9.
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268:2420-5.
3. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical-problem solving. BMJ. 1995;310:1122-6.
4. Ely J, Osheroff J, Ebell M. Obstacles to answering doctors questions about patient care with evidence: qualitative study. BMJ. 2002;324:710-713.
5. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J. The well built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP Journal Club. 1995;123:A12.
6. McKibbon, K, Ann MLS, Richardson W. Finding answers to well-built questions. ACP Journal Club. 1999;4:164-7.