

---

# La pregunta clínica

---

PID\_00263756

Pablo Salas-Medina

---

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas

---



**Pablo Salas-Medina**

Universidad Jaume I.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Sergi Fàbregues (2019)

Primera edición: septiembre 2019  
© Pablo Salas-Medina  
Todos los derechos reservados  
© de esta edición, FUOC, 2019  
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
Realización editorial: FUOC

*Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.*

# Índice

<b>Introducción</b> .....	5
<b>1. Pregunta clínica</b> .....	7
1.1. Tipo de pregunta clínica estructurada .....	8
1.2. Categorías de decisiones que requieren el uso de evidencia .....	11
1.3. Modelos cuantitativos .....	13
1.3.1. Marco PICO .....	14
1.3.2. Marco PIO .....	15
1.3.3. Marco PICOT ( <i>population-intervention-comparison-outcome-time</i> ) para la formulación de la pregunta clínica .....	15
1.3.4. Marco ECLIPSE .....	16
1.3.5. Marco SPICE .....	16
1.4. Modelos cualitativos .....	16
1.4.1. Marco SPIDER .....	17
1.4.2. Marco PIS .....	17
1.4.3. Marco PS .....	18
1.5. Adaptación de la pregunta clínica .....	18
<b>Bibliografía</b> .....	19



## Introducción

La formulación de una correcta pregunta clínica, tal y como se ha introducido en el módulo «Introducción a la práctica basada en la evidencia», es el primer paso para poder trabajar empleando la práctica basada en la evidencia dentro del ámbito sanitario o académico. Al presentar el esquema clásico ensalzado por los trabajos de Dawes et al. (2005) o Tilson et al. (2011), se evidencia la necesidad de llevar a cabo los cinco pasos con los cuales trabajar mediante la práctica basada en la evidencia, uniendo el proceso de formular una pregunta clínica a cuatro elementos más, que son la búsqueda de la mejor evidencia, el uso de la lectura crítica para evaluar la calidad de los documentos, la aplicación de la evidencia encontrada en la clínica diaria, y evaluar el proceso realizado verificando la mejora de los cuidados tal como representamos en la figura 1. Pero para lograr este proceso, ha de contemplarse de forma ordenada y eficaz, entendiendo que, en esta jerarquía, formular una correcta pregunta clínica o susceptible a la investigación es el pilar que ha de sustentar al resto de los pasos (Cook et al., 1992; Dawes et al., 2005; Tilson et al., 2011).

Debemos entender que antes de iniciar el desarrollo de la pregunta susceptible de investigación que es recogida por los cinco pasos del modelo clásico, el investigador, el clínico o el académico ha de superar un proceso de incertidumbre en relación con los conocimientos, denominado *spirit of inquiry* (Melnik et al., 2009) y que se entiende como el espíritu o la necesidad de indagar o profundizar. Este espíritu de la investigación descrito por Melnyk debemos desarrollarlo permitiendo alcanzar la formulación de la pregunta clínica.

El desarrollo de nuestras funciones diarias se ve influenciado por la constante aparición de nuevas informaciones y por un acceso poco protegido con respecto a la calidad documental que consumimos diariamente en nuestras funciones profesionales.

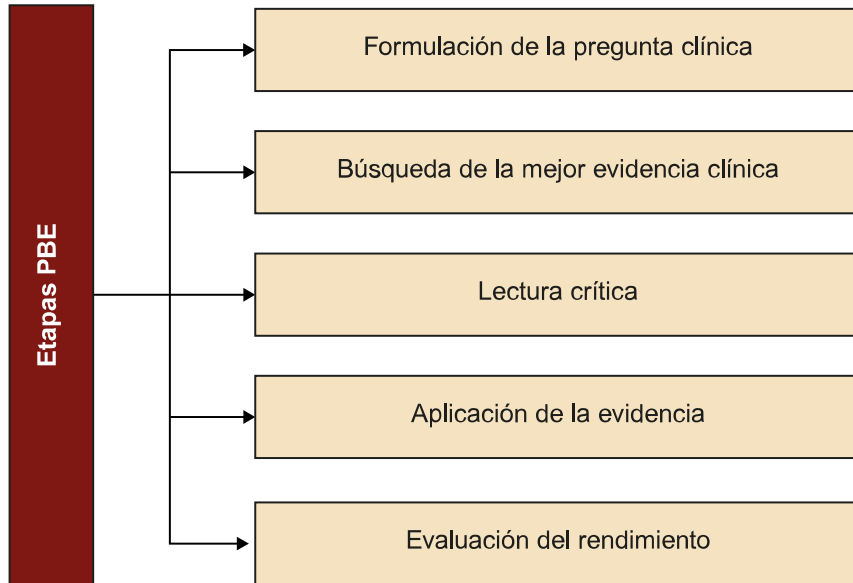
Durante el desarrollo de nuestras funciones clínicas, se nos plantean dudas, opiniones, necesidades e inquietudes, y se llegan a alcanzar hasta cinco preguntas distintas con necesidad de dar solución, por cada paciente que se encuentra bajo nuestros cuidados, y de manera simultánea, tal como se recoge en los estudios de Richardson de 1995 (Richardson et al., 1995).

Este proceso de incertidumbre y de saturación obliga, pues, a iniciar un proceso sistematizado que permita ordenar, clasificar y priorizar las respuestas a nuestras preguntas.

Este proceso sistematizado que se plantea a lo largo de este segundo módulo nos va a permitir entender el porqué de los distintos tipos de preguntas clínicas existentes, poder seleccionar la pregunta más adecuada para cada necesidad de

información y poder plantear la mejor estrategia de búsqueda para continuar en el camino de las etapas de incorporación de la evidencia a la práctica clínica diaria.

Figura 1. Proceso de incorporación de la evidencia a la práctica clínica (modelo de 5 etapas)

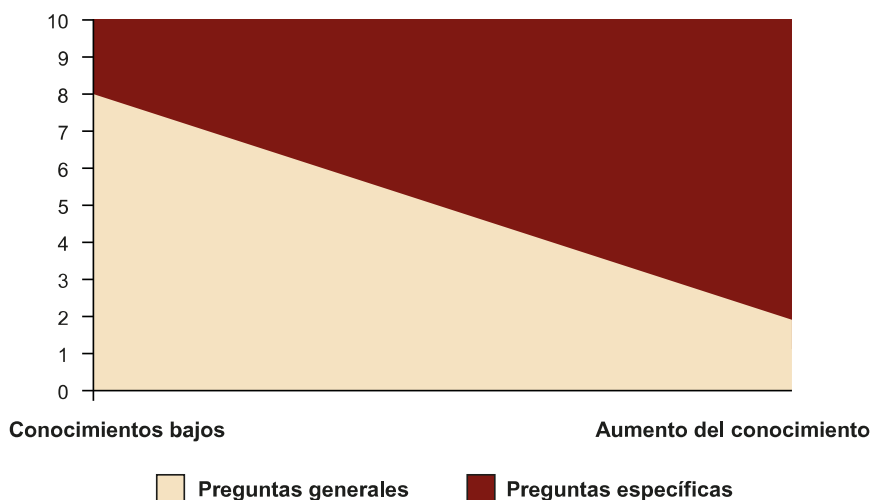


Fuente: elaboración propia.

## 1. Pregunta clínica

Actualmente, los profesionales sanitarios interactúan de manera directa o indirecta con los pacientes, que plantean necesidades, opiniones y deseos, con lo que se enfrentan a un aumento de la necesidad de nueva información. Debemos, pues, despejar o clarificar qué es lo que se entiende por una pregunta clínica; para ello, debemos recordar que existen diferentes tipos de preguntas, en función de los conocimientos y de la relevancia: las preguntas básicas o generales y las preguntas de primer orden o avanzadas (Delgado-Noguera, 2010; Sánchez, Esquirol y Dalmau, 2016). Estas preguntas tienen una relación rotunda con los conocimientos o la experiencia que los profesionales sanitarios adquieren mediante su experiencia clínica y mediante el aprendizaje disciplinado. Esta relación nos explica que, cuanto menos conocimiento tenga el profesional, las preguntas tendrán un carácter más general y, por otro lado, tal como vaya aumentando el conocimiento previo a la aparición de la pregunta clínica, la pregunta será más específica (figura 2).

Figura 2. Relación conocimientos científicos frente a planteamiento de la pregunta



Fuente: elaboración propia.

Las **preguntas generales** (*background*) son las preguntas que buscan una respuesta generalista, asociada a los cuidados, tratamientos o aspectos generales de las enfermedades. No presentan complejidad durante el mecanismo de creación o de planteamiento y mantienen una estructura interrogativa ligada al resultado planteado (tabla 1), en función de las necesidades del profesional sanitario. Podemos trabajar con distintos pronombres interrogativos en el inicio de las preguntas clínicas básicas, tal como hacemos en nuestro léxico habitual. Las preguntas generales podrán ser contestadas a partir de la lectura de libros genéricos, preguntando a la persona veterana del servicio, siguiendo la tradición del servicio o mediante el uso de procedimientos estandarizados,

por lo que queda claro que no son necesarios grandes conocimientos ni habilidades durante el proceso de creación y planificación de la resolución de la pregunta planteada.

Tabla 1. Elementos básicos de la pregunta general

Interrogación	Resultados esperados
Qué, cómo, cuál, quién, cuándo, por qué, dónde, etc.	La necesidad buscada, el tratamiento, el diagnóstico, el cuidado, etc.

Fuente: elaboración propia.

Durante el proceso de resolución de la pregunta general, el profesional sanitario ha de ser consciente de que en ocasiones los procedimientos que dan respuesta a nuestras necesidades elementales no garantizan que la práctica clínica que se desarrolle esté actualizada o, dicho de otro modo, no garantiza dar la solución para el paciente que cuidamos o para el tipo de cuidado que intentamos dominar.

Las **preguntas específicas** (*foreground*) son preguntas estructuradas y descriptivas, lo que requerirá un tiempo no específico, un tiempo que permita al profesional sanitario gestionar la estructura de la pregunta y determinar los componentes que constituirán la pregunta clínica avanzada. Esta estrategia es la única forma de garantizar que el proceso de la práctica clínica basada en la evidencia alcance el nivel de eficacia y efectividad adecuado. Las preguntas estructuradas están encaminadas a inquirir sobre los conocimientos específicos de los problemas de salud; además, esta estructura y sus elementos permiten, durante el proceso de investigación, identificar los objetivos concretos de la investigación.

### 1.1. Tipo de pregunta clínica estructurada

Explicábamos anteriormente que, según los estudios de Richardson, Wilson, Nishikawa y Hayward (1995), se calcula que durante el trabajo clínico diario de los profesionales sanitarios hay una demanda de ocho preguntas clínicas aproximadamente.

Esta avalancha de necesidades por resolver requiere, por un lado, definir correctamente los elementos que constituyen una pregunta clínica estructurada y, por otro lado, resolver el factor temporal, que nos impide poder resolver de manera estructurada y sistemática todas las preguntas y nos obliga a seleccionar la preguntas que podemos resolver, en función de la relevancia.

Los padres del movimiento de la práctica basada en la evidencia, como David L. Sackett (Sackett et al., 2000), sugieren en sus trabajos la necesidad de agrupar en tres bloques las preguntas. Esta metodología facilita la selección de la pregunta más adecuada siguiendo dos criterios, por un lado, la urgencia que nos merece resolver o alcanzar la respuesta a nuestra pregunta, y, por el otro,

#### Ejemplo

¿Cuándo se debe realizar el acercamiento al usuario con espectro autista?

#### Ejemplo

¿Los procesos de educación grupal son más efectivos en el aprendizaje cognitivo que los procesos individuales con usuarios del espectro autista?

#### Nota

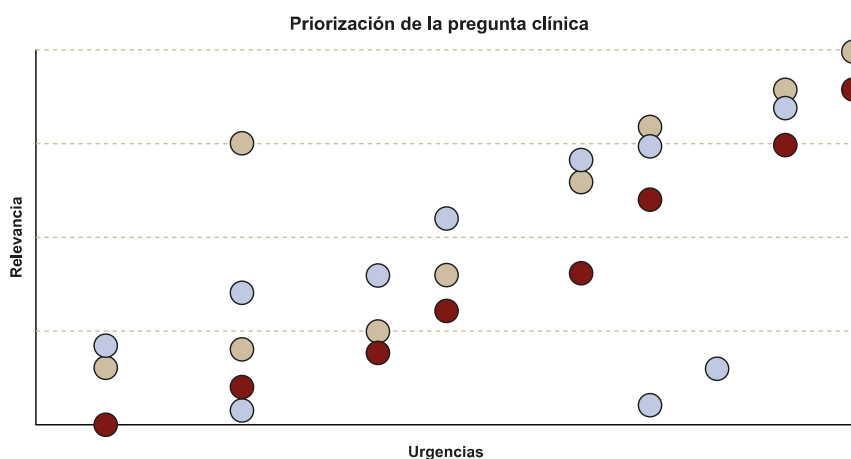
Tratamos con varios pacientes durante un día y por cada paciente podemos generar cinco preguntas, pero no podemos resolver todas las dudas, por lo que durante el trabajo de un día únicamente resolveremos una media de ocho preguntas entre todas las generadas por los diferentes pacientes.



la relevancia o la importancia que se plantea al dar respuesta a la pregunta. A mayor urgencia y a mayor relevancia, priorizaremos estas preguntas ante las demás (figura 3).

El profesional sanitario ha de ser consciente de los factores que contribuyen a la aparición de estas preguntas, asociando la urgencia a unos individuos concretos ante una necesidad concreta, mientras que se ha de asociar la relevancia al grupo o a la población, y por lo tanto deberemos priorizar la resolución de estas.

Figura 3. Criterios de selección pregunta clínica



Fuente: elaboración propia.

Como profesionales, se pueden emplear diferentes estrategias que permitan valorar esta urgencia o esta relevancia. Se propone emplear distintas preguntas que nos permitan cuantificar esta priorización. Así, se puede intentar responder a:

- De las siguientes preguntas, ¿cuál implica mayor importancia al bienestar del sujeto?
- ¿Cuál de las preguntas planteadas resuelve una mayor gravedad o condición particular?
- En función del tiempo disponible, ¿a cuál de las preguntas planteadas es más fácil darle respuesta?
- ¿Cuál de las preguntas alcanza mayor interés?

En las manos del investigador está crear una pregunta con un alcance amplio o restrictivo, por lo que debemos conocer los elementos que van a permitir uno de estos dos sucesos. En función de la especificidad que se plantee el in-

investigador, limitará la recogida de información. El alcance de la pregunta va a depender de múltiples variables, donde incluiremos la relevancia de la pregunta, el potencial de impacto, los recursos disponibles y el apoyo teórico.

Podemos agrupar la pregunta en tres bloques: según la selección de pacientes encontrados, según la definición de la intervención encontrada y según la intervención de la comparación encontrada, y podemos tener un enfoque amplio o un enfoque restringido.

1) Según la **selección de los pacientes**, encontraremos:

**a) Enfoque amplio:**

- **Ventajas:** permite localizar un resumen completo basado en la evidencia y evaluar la generalidad de los hallazgos mediante los tipos de participante.
- **Inconvenientes:** la búsqueda, la recogida de datos, el análisis y el proceso de redactar implican la necesidad de más recursos, y el riesgo de la heterogeneidad, además de un aumento de dificultad a la hora de realizar la interpretación.

**b) Enfoque restringido:**

- **Ventajas:** a la hora de realizar la lectura y facilidad de manejo.
- **Inconveniente:** escasa obtención de la evidencia encontrada; los resultados pueden no ser extrapolables a otros lugares o poblaciones; podría producir una distorsión que produzca resultados deseados.

2) Según la **definición de la intervención**, encontraremos:

**a) Enfoque amplio:**

- **Ventajas:** el amplio resumen de la evidencia; la capacidad para evaluar la generalización de los hallazgos por medio de diferentes implementaciones de la intervención.
- **Inconvenientes:** los hallazgos encontrados serán parecidos a la selección del paciente; la recogida de datos, el análisis y el proceso de redactar puede implicar la necesidad de requerir más recursos; el riesgo de la heterogeneidad.

**b) Enfoque restringido:**

- **Ventajas:** facilidad de la lectura y del manejo para el equipo de investigación. Del mismo modo que sucede con el enfoque amplio.

- Inconvenientes: con la selección del paciente, donde se producirá una escasa obtención de la evidencia encontrada; los resultados.

3) Según la elección de la intervención y la comparación, encontraremos:

**a) Enfoque amplio:**

- Ventajas: mantendremos el amplio resumen de la evidencia relevante.
- Inconvenientes: aparecerá la escasa manejabilidad.

**b) Enfoque restringido:**

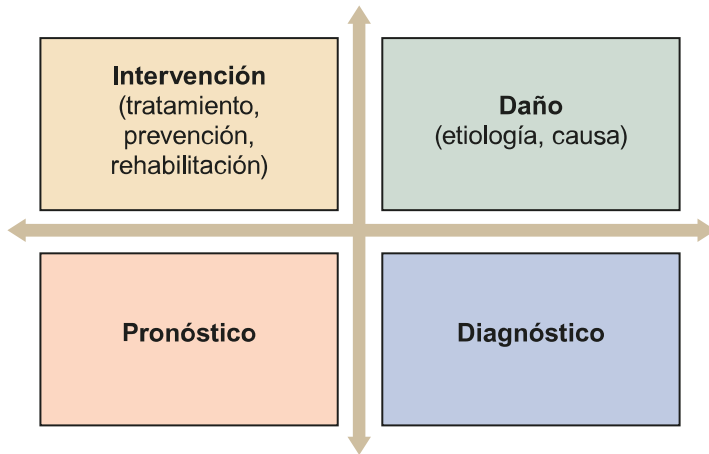
- Ventajas: facilitará el manejo para el equipo de investigación, a la vez que proporcionará una visión más clara de los objetivos, lo que facilitará la lectura.
- Inconvenientes: la intervención puede carecer de relevancia si no se encuentra dentro de una visión general.

Por tanto, debemos tener en cuenta que durante la construcción y el uso de los elementos de una pregunta clave existen ventajas y desventajas que afectan por igual a la amplitud y a la restricción de los elementos que forman la pregunta.

## **1.2. Categorías de decisiones que requieren el uso de evidencia**

Durante el proceso de elaboración de la pregunta clínica, aprenderemos que existen diversos marcos que nos permiten desarrollar o construir una pregunta, y que en un principio vendrán determinados en función de la naturaleza de la pregunta para la PBE. Podemos, pues, pensar que debemos trabajar con una serie de categorías, que permitirán orientar nuestra pregunta en el proceso de uso de la PBE. Siguiendo el trabajo expuesto por Sackett en el año 1997, y que posteriormente fue apoyado por diversos autores, alcanzaremos cuatro tipos o categorías de preguntas clónicas.

Figura 4. Categorías de preguntas clínicas



Fuente: Sackett (1997).

### 1) Diagnóstico

Se trata de las preguntas que intentan alcanzar la mejor forma de medir o diagnosticar un fenómeno que se desarrolla en su fase precoz, e incluso en su establecimiento. Las pruebas diagnósticas deben ser reproducibles, sensibles, específicas y fiables.

#### Ejemplo de pregunta de diagnóstico

¿Es la escala de Barthel adecuada para establecer el nivel de dependencia de una persona con alteración del espectro autista?

### 2) Pronóstico

Preguntas que plantean la relación existente entre las diferentes variables y los fenómenos que las rodean; permiten responder preguntas de evolución y su ritmo.

#### Ejemplo de pregunta de pronóstico

¿El uso del test de TEPSI permite diagnosticar alteraciones del lenguaje?

### 3) Etiología/causa/daño

Se trata de las preguntas que intentan determinar las consecuencias de determinados sucesos asociados con el sujeto, que pueden ser adversos, favorables o ambos a la vez.

#### Ejemplo de pregunta de etiología/causa/daño

¿La hipoxia mayor de 5 minutos durante el parto genera afasia en el primer año de vida?

### 4) Intervención

Estas preguntas se producen cuando el investigador se plantea el nivel de eficacia de una técnica, tratamiento, plan de cuidado o cualquier intervención de los profesionales sanitarios sobre los usuarios afectados o sanos con el fin de mejorar los resultados de salud de la persona.

#### Ejemplo de pregunta de investigación

¿El uso de terapia integral reduce o mejora la tartamudez temprana?

### 1.3. Modelos cuantitativos

Dentro de la metodología cuantitativa, podemos trabajar con diferentes marcos. La estructura más establecida entre los profesionales de la salud es el marco PICO, del cual podemos encontrar diversas variaciones y adaptaciones (tabla 2). Se trata de un marco tan establecido que incluso dentro de la metodología cualitativa lo usan al comienzo para el desarrollo de sus propias estructuras.

A pesar de esta gran variabilidad, de modo general, los diferentes modelos de preguntas estructuradas susceptibles de obtener una respuesta se basan en cuatro estructuras principales, donde encontraremos la población a estudio, los tipos de intervenciones que se realizan, la comparación de las intervenciones planteadas y los tipos de resultados esperados por el profesional sanitario.

Tabla 2. Componentes y variables del marco PICO en la pregunta clínica

	Paciente/Problema	Intervención	Comparación	Resultado de interés	Intervalo de tiempo	Tipo de pregunta	Tipo de estudio	Profesionales	Contexto	Exposición	Duración	Resultados	Entorno	Interesados
<b>PICO</b>	X	X	X	X										
<b>PIO</b>	X	X		X										
<b>PICOT</b>	X	X	X	X	X									
<b>PICOTT</b>	X	X	X	X		X	X							
<b>PICOS</b>	X	X	X	X			X							
<b>PIPOH</b>	X	X		X				X	X					
<b>PECORD</b>	X		X	X						X	X	X		
<b>PESICO</b>	X	X	X	X									X	X

Fuente: elaboración propia.

Durante el proceso de investigación puede resultar que el marco PICO, o sus variantes, no se adecuen a nuestras necesidades como profesional sanitario, esto sucede normalmente cuando no se ajustan los elementos establecidos con las necesidades del estudio, con lo que diversos autores han creado alternativas que resuelven sus necesidades.

Tras las diferentes variaciones de la pregunta con marco PICO, trabajaremos con dos modelos distintos dentro de la metodología cuantitativa y con tres para la cualitativa.

- Cuantitativa (ECLIPSE, SPICE)

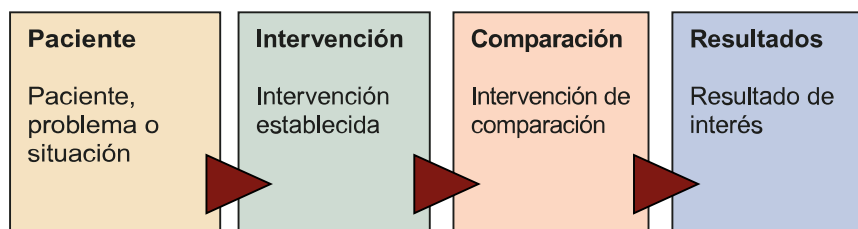
- Cualitativa (PS, PIS, SPIDER)

### 1.3.1. Marco PICO

Como indicábamos anteriormente, el marco PICO es el más difundido y utilizado por los profesionales sanitarios. Adquiere el nombre de sus siglas en inglés y, como podéis observar, se basa en los cuatro principios básicos, [P] la población, [I] la intervención, [C] la comparación y [O] los resultados (*outcomes*) (figura 5).

La división de los elementos en cuatro grupos facilita su uso en función del momento más adecuado, lo que le facilita al investigador el proceso de trabajo, aumenta la efectividad realizada y se alcanza una respuesta más adecuada en función de la mayor evidencia posible.

Figura 5. Elementos de la pregunta con marco PICO



Fuente: elaboración propia.

Estableciendo un escenario clínico, donde un médico requiera mejorar la evidencia posible a la hora de desarrollar un proceso estandarizado o afianzar la toma de decisiones, podremos ejemplificar el proceso de creación de dicho marco y su pregunta correspondiente.

**Escenario:** siendo miembro del comité asesor de accesos venosos del servicio de anestesiología, se reúne la comisión, que establece como objetivo la actualización del protocolo de permeabilización de los catéteres periféricos tras la cirugía ambulatoria. Se ha recibido el último informe de efectos adversos relacionados con dicha permeabilización y debemos reducir los procesos que conllevan un daño para los usuarios. Se realiza una pequeña observación retrospectiva en las historias clínicas de las unidades médicas y se destaca que hay servicios que permeabilizan los accesos venosos periféricos con dosis de heparina y, en cambio, otros servicios emplean solución salina para el mismo proceso.

Tras estudiar la situación planteada, el investigador debería ser capaz de unificar y sintetizar los elementos necesarios, estructurándolos de manera cómoda y sencilla para construir la pregunta clínica y la posterior estrategia de búsqueda.

- **Problema / situación o paciente:** pacientes adultos con acceso venoso periférico.
- **Intervención:** uso de solución salina.
- **Comparación de la intervención:** uso de heparina sódica.
- **Resultados:** permeabilización correcta y reducción de efectos adversos.

El proceso llevado a cabo no ha sido más que extraer del escenario planteado los elementos necesarios y otorgarles un peso a cada factor, con lo que se ha establecido de este modo una relación con su elemento clave.

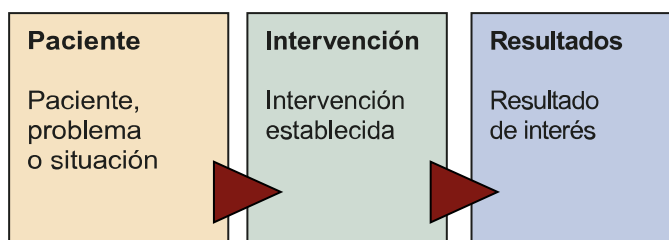
El investigador debe ser consciente del léxico empleado a la hora de realizar la sintetización, ya que si no, puede incurrir en un sesgo de información por alejarse de la motivación para el uso de la pregunta clínica estructurada.

**Modelo de pregunta pico desarrollada:** ¿Es la solución salina más adecuada para la permeabilización de los accesos venosos periféricos que la heparina sódica?

### 1.3.2. Marco PIO

Se trata de una variación del marco PICO cuando no es necesario el uso de un elemento de comparación con la intervención. Son preguntas más generales que las que pueden requerir las variaciones PICO o PICOT.

Figura 6. Elementos de la pregunta con marco PIO



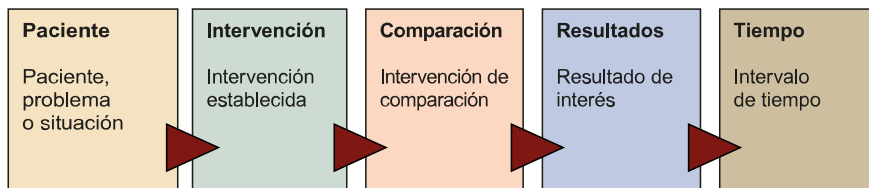
Fuente: elaboración propia.

### 1.3.3. Marco PICOT (*population-intervention-comparison-outcome-time*) para la formulación de la pregunta clínica

Tal como hemos expuesto en el apartado anterior, se dispone de varias opciones durante el proceso de construcción de una pregunta clínica bien construida dentro de los modelos cuantitativos.

En el espacio de la PBE, en ocasiones es necesario emplear el tiempo para establecer el tipo de estudio que mejor respondería a la pregunta estructurada. El tiempo equivale al tiempo de seguimiento de la condición o el elemento en el que se espera que tenga efecto.

Figura 7. Elementos de la pregunta con marco PICOT



Fuente: elaboración propia.

### 1.3.4. Marco ECLIPSE

Wildridge y Bell deciden desarrollar su propio marco al considerar que los profesionales sanitarios requieren la resolución de más tipos de preguntas y no solo de carácter clínico, principalmente cuando se requiere hacer frente a preguntas de política y de gestión sanitaria.

Este marco se basa en el formato CLIP, por lo que en la literatura se puede recuperar documentación que mantenga indistintamente una u otra nomenclatura.

- **Expectativa (E):** los motivos por los que el usuario quiere la información.
- **Clientes (C):** a quiénes va dirigido el servicio.
- **Localización (L):** la ubicación física del servicio.
- **Impacto (I):** el cambio que hay que evaluar en el servicio, lo que representa el éxito, la forma de medirlo.
- **Profesionales implicados (P):** el personal que proporciona el servicio o la mejora esperada.
- **Servicios (SE):** el servicio que se encuentra bajo estudio.

### 1.3.5. Marco SPICE

En el año 2005 Booth propone un modelo genérico, que pueda ayudar en muchas situaciones. Que se prefiera el uso del marco SPICE o PICO puede deberse al enfoque propuesto para el problema; se permite, pues, una mejor adaptación a la pregunta en función del tipo de problema planteado por el investigador.

- **Ámbito, enclave o lugar (S).**
- **Perspectiva (P).**
- **Intervención (I).**
- **Comparación (C).**
- **Evaluación (E).**

## 1.4. Modelos cualitativos

Es habitual que durante el proceso de desarrollo clínico se empleen modelos cuantitativos, pero no debemos olvidar que trabajamos con personas y que en ocasiones es necesario establecer la necesidad de entender la experiencia de la enfermedad y que se requiera el uso de investigaciones cualitativas.



A lo largo de los años, se ha reconocido cada vez más la necesidad de emplear los métodos cualitativos para poder documentar y analizar las múltiples respuestas humanas y la toma de decisiones clínicas, por lo complejo y esquivo de estos fenómenos. No sería posible determinar parte de los cuidados, al igual que sería imposible analizarlos, sin la utilización de la metodología cualitativa, debido al factor holístico, ya que resulta prácticamente imposible reducir estos fenómenos a una serie de actos y procedimientos. Está demostrado que estos métodos permiten captar la dimensión y complejidad de la respuesta humana ante la salud y la enfermedad.

Cada vez más se alcanza entre los profesionales de la salud una visión holística del proceso y, por lo tanto, se estimula el uso de las metodologías cualitativas, con lo cual no se entiende no considerar el proceso humano ante la necesidad de dar una respuesta clínica adecuada a las necesidades establecidas. En este sentido, se ha de defender que la explicación de los componentes humanísticos y científicos del cuidado exigen métodos de investigación y modelos de análisis diferentes de los propuestos para los métodos cuantitativos.

#### 1.4.1. Marco SPIDER

Con el desarrollo de los modelos mixtos, los investigadores desarrollan el marco SPIDER al establecer las dificultades del uso de la pregunta con marco PICO en la investigación de estudios cualitativos. Cooke, Smith y Booth (2012) adecuan los elementos del marco PICO añadiéndoles nuevos elementos.

- **Muestra (S):** la muestra se adapta a los modelos cualitativos, por lo que es más pequeña y no pretende generalizarse.
- **Fenómeno de interés (PI):** explora el cómo y el porqué de ciertas experiencias.
- **Diseño (D):** el diseño del estudio influencia sobre la robustez y el análisis del mismo.
- **Evaluación (E):** resultados más subjetivos, como opiniones o actitudes.
- **Tipo de investigación (R):** cualitativa, cuantitativa o mixta.

#### 1.4.2. Marco PIS

En la literatura encontramos otros marcos cualitativos propuesto por diversos autores, como el marco PIS, que mantiene elementos propios de los modelos cualitativos pero se acerca a su vez a la estructura habitual PICO.

- **Población:** ¿quiénes son los pacientes?, ¿son personas individuales, familias, comunidades o grupos?, ¿son de alguna edad o género en particular?
- **Intervención (o problema):** ¿cuál es su problema específico de salud o cuidados?
- **Situación:** ¿qué circunstancias, condiciones, enclave o experiencias estamos interesados en conocer y enmarcan el problema?

### 1.4.3. Marco PS

DiCenso, Guyatt y Ciliska desarrollan en el año 2005 el marco PS, y postulan que únicamente son necesarios dos elementos para poder responder al desarrollo de la pregunta clínica cualitativas. Centran únicamente la pregunta en la población y en la experiencia.

- **Población.** Las características de individuos, familias, grupos o comunidades: ¿quiénes son los pacientes?, ¿son personas individuales, familias, comunidades o grupos?, ¿son de alguna edad o género en particular?, ¿cuál es su problema específico de salud o cuidados?
- **Experiencia.** Situación: la comprensión de la condición, experiencias, circunstancias o situación. ¿Qué circunstancias, condiciones o experiencias estamos interesados en conocer?

### 1.5. Adaptación de la pregunta clínica

A lo largo de este módulo se han planteado las metodologías más adecuadas para el desarrollo y uso de la pregunta clínica susceptible de obtener respuesta, pero en ocasiones debemos dar un paso atrás y ver el campo desde el montículo. En ese momento nos daremos cuenta del muro que estábamos construyendo, con lo que hemos de tener en todo momento claro que nuestra pregunta no puede ser el muro que no nos deja avanzar y, por lo tanto, no nos permita recuperar los documentos que han de dar respuesta a nuestra necesidad planteada.

Por tanto, será lícito esperar cierta naturalidad y establecer cambios dentro de la estructura de nuestra pregunta clínica a medida que se alcanza mayor comprensión de la PBE; es tan importante saber construir una pregunta como ser consciente de los sesgos que pueden derivarse de establecer modificaciones en una pregunta clínica. El profesional puede alcanzar falsas conclusiones basadas en resultados erróneos producidos por estas pequeñas modificaciones.

Sera útil mantener una serie de consideraciones en el momento de adaptación de la pregunta elaborada, como medida de seguridad ante posibles sesgos.

- Establecer el motivo de adaptar la pregunta clínica.
- Valorar la influencia producida en función de los resultados recuperados durante el proceso de búsqueda y el estudio de estos documentos.
- Valorar si la estrategia de búsqueda establecida es la adecuada, o se ha producido algún sesgo al plantearla.
- La corrección del método durante el proceso de recogida de datos.

## Bibliografía

Cook, D. J., Jaeschke, R., y Guyatt, G. H. (1992). Critical appraisal of therapeutic interventions in the intensive care unit: human monoclonal antibody treatment in sepsis [en línea]. *Journal Club of the Hamilton Regional Critical Care Group. Journal of Intensive Care Medicine*, 7 (6), 275-82. <https://doi.org/10.1177/088506669200700601>

Cooke, A., Smith, D., y Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis [en línea]. *Qualitative Health Research*, 22 (10), 1435-43. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>

Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., et al. (2005). Sicily statement on evidence-based practice [en línea]. *BMC Medical Education*, 5, 1-7. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-5-1>

Delgado-Noguera, M. (2010). The first step of evidence-based model: Formulation of answerable clinical questions. *Revista de Ciencias de la Salud*, 512(4), 45-50.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., y Kathleen, M. (2009). Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice [en línea]. *American Journal of Nursing*, 109 (11), 49-52. <https://insights.ovid.com/crossref?an=00000446-200911000-00028>

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., y Hayward, R. (1995). The Well-built Clinical Question: A Key to Evidence-based Decisions [en línea]. *ACP Journal Club*, 123 (3), 6-8. <https://acpjc.acponline.org/Content/123/3/issue/ACPJC-1995-123-3-A12.htm>

Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, S., Rosenberg, W., y Haynes, B. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2.ª ed). Nueva York: Churchill Livingstone.

Sánchez, J., Esquirol, J., y Dalmau, I. (2016). La pregunta clínica y de investigación en Fisioterapia: el acrónimo PICO [en línea]. *Actualizaciones en Fisioterapia*, 12, 79-83. <http://bit.ly/2KJZKCH>

Tilson, J. K., Kaplan, S. L., Harris, J. L., Hutchinson, A., Ilic, D., Niederman, R., et al. (2011). Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools [en línea]. *BMC Medical Education*, 11, 1-10. doi: 10.1186/1472-6920-11-78. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-11-78>

