

Qué es y qué no es la medicina basada en la evidencia (1ª parte)

Por: Dr. Eduardo Mayorga Argañaraz; Dra. Gabriela Palis; Dr. Guillermo Hernández Gauna

¿Qué es la medicina basada en la evidencia?

La medicina basada en la evidencia es la integración de *la mejor evidencia de investigación con la experiencia (pericia) clínica del médico tratante y los valores del paciente.*

Cuando estos tres elementos se integran, médicos y pacientes forman una alianza diagnóstica y terapéutica que optimiza los resultados clínicos y la calidad de vida.

Mejor evidencia de investigación se refiere a la investigación clínicamente relevante, a veces de ciencias básicas pero especialmente de investigación clínica centrada en el paciente; acerca de la exactitud y precisión de los exámenes diagnósticos (incluyendo el examen clínico), el poder de los marcadores pronósticos y la eficacia y seguridad de regímenes terapéuticos de rehabilitación y preventivos.

Experiencia (pericia clínica) es la capacidad de utilizar nuestras habilidades clínicas y experiencia pasada para identificar rápidamente cada estado de salud y diagnóstico de cada paciente individual, sus riesgos y beneficios individuales de potenciales intervenciones y sus valores y expectativas personales.

Valores del paciente son las preferencias, preocupaciones y expectativas que cada paciente trae a la consulta clínica y que deben integrarse a las decisiones clínicas.

¿A qué llamamos “evidencia”?

¿Cuál es la naturaleza de la “evidencia” en la medicina basada en la evidencia? En general se utiliza una definición amplia: cualquier observación empírica de una relación aparente entre eventos. Por lo tanto, las observaciones no sistemáticas de un médico individual, por ejemplo, o los experimentos fisiológicos, constituyen fuentes de evidencia.

Las observaciones no sistemáticas pueden conducir a un conocimiento profundo y los médicos con experiencia respetan los conocimientos de sus colegas mayores en cuestiones de observación clínica, diagnóstico y relaciones con pacientes y colegas. Algunos de estos conocimientos

pueden enseñarse, pero aún así rara vez aparecen en la literatura médica.

Al mismo tiempo, las observaciones clínicas no sistemáticas cuentan con la limitación de tener un tamaño de muestra pequeño y, lo que es más importante, deficiencias en el proceso humano de realizar inferencias. Las predicciones sobre los efectos de intervención en resultados clínicamente importantes basados en experimentos fisiológicos son en general correctas, pero ocasionalmente no lo son.

Cómo surge la medicina basada en la evidencia

Los cambios que llevaron al desarrollo de la medicina basada en la evidencia, que se produjeron a partir de la segunda mitad del siglo pasado, son fundamentalmente los siguientes:

- gran crecimiento y desarrollo metodológico de la investigación;
- amplia disponibilidad de medios destinados a la misma;
- avances en el diseño y metodología de investigación, así como de los instrumentos de recolección, manejo y explotación de datos;
- como consecuencia, publicación de estudios cada vez mayor y más rápida.
- la validez temporal de los conocimientos disminuye y se vuelven obsoletos, la información contenida en los libros de texto se hace poco vigente, todo en cada vez menos tiempo.
- cada vez existen más publicaciones, cada vez más periódicas.
- paradójicamente, el tiempo, los conocimientos y los medios que se requieren para localizar, leer, interpretar y asimilar lo publicado no está al alcance de los médicos, cada vez más presionados también desde el punto de vista asistencial. La consecuencia a largo plazo de esta incapacidad es la desactualización y decadencia de la competencia profesional.
- por otro lado, si bien la medicina es una de las ciencias

que más se dedica al estudio científico, existe una enorme cantidad de conocimientos que no se aplican o utilizan. También, a pesar de que existen numerosas innovaciones comprobadas rigurosamente, cuando son aplicadas en determinado contexto se difunden muy lentamente. De esta forma el desarrollo de las ciencias de la salud no está limitado por el ritmo de los descubrimientos, sino por el tiempo que tardan en hacerse de uso habitual.

- a partir de la década de los 80, junto con la facilidad para el manejo de información que ofrecen las computadoras y la aplicación de técnicas de gestión en el área de la salud, aparecen dos nuevos temas de preocupación: los costos y la variabilidad en la práctica clínica. El interés por la evaluación se extiende a los resultados.

- todo este fenómeno tiene sus raíces en un desarrollo metodológico caracterizado por el uso generalizado de los ensayos clínicos, la implantación de técnicas de síntesis cuantitativa, especialmente el meta-análisis, y la revisión sistemática de la literatura científica. En definitiva, sus bases son los avances conseguidos en las últimas décadas a través de la epidemiología clínica y la bioestadística.

Esta nueva manera de hacer medicina es posible gracias al aporte de las nuevas tecnologías de la información e internet y al trabajo de organizaciones como la Colaboración Cochrane, que elabora y difunde revisiones sistemáticas.

El proceso de fundamentar las decisiones clínicas en pruebas científicas requiere un método que articule un sistema para su jerarquización, en este aspecto destaca el trabajo pionero de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, que inició a fines de la década del 70 un conjunto de medidas sanitarias para recomendar el uso de aquellas que fuesen beneficiosas, estableciendo una gradación de la calidad de la evidencia basada en el tipo de diseño de los estudios y una clasificación de las recomendaciones para su aplicación asistencial.

El nombre "medicina basada en evidencia" fue acuñado en 1992 por un grupo liderado por Gordon Guyatt en la Universidad McMaster en Canadá. Desde entonces el número de artículos sobre práctica basada en evidencia ha crecido exponencialmente.

La rápida diseminación subsiguiente de la MBE surge de 4 concepciones y es posible gracias a 5 acontecimientos recientes.

Las concepciones, confirmadas por un número cada vez mayor de médicos son:

1. Nuestra necesidad de información válida acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención;
2. Las fuentes tradicionales de esta información son

GAMMA VISION

La línea de productos más amplia para pequeña incisión

ACOQA Lente Expansible de Acrílico

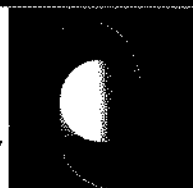
Expandable Acrylic Intraocular Lens
ACOQA is a Registered Trademark of Medphaco



SE IMPLANTA POR 3,2MM. SIN PLEGAR

ioflex Lente Plegable de Acrílico

SE IMPLANTA POR 2,8mm. CON MULTIFECT Y POR 2,8mm. CON VISCOJECT



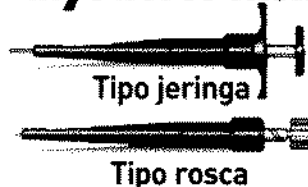
SiTec Lente Plegable de Silicona

SE IMPLANTA POR 2,8mm. CON MULTIFECT



Sistemas de Inyección

Inyectores Multijet



Tipo jeringa

Tipo rosca



Cartuchos 2,8mm

Inyectores Viscoject



Tipo jeringa

Cartuchos 2,2mm



KERARING
Intrastromal Corneal Ring Segments

Líderes en anillos intracorneales para Queratocono

POR NUESTRO CURSO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

LLAMENOS AL 011-4982-1437 O CONTACTENOS A:

keraring@gammavision.com.ar

GAMMA VISION-ARGENTINA
Quintino Bocayuva 109 Piso 1º
(1181) Buenos Aires, Argentina
Tel/fax: (54 11) 4982-1437
info@gammavision.com.ar

GAMMA VISION-PERÚ
Aruba 126 - Santa Patricia
La Molina (Lima 12) Lima, Perú
Tel/fax: (51 1) 349-1949

www.gammavision.com.ar

inadecuadas, porque:

- están desactualizadas (libros de texto),
- a veces son erróneas (opinión de expertos),
- son inefectivas,
- son demasiado extensas para su uso en la práctica clínica (revistas médicas),
- su validez es demasiado variable para su uso en la práctica clínica (revistas médicas);

3. La disparidad entre nuestras habilidades diagnósticas y nuestro juicio clínico, que aumentan con la experiencia, y nuestro conocimiento actualizado y el desempeño clínico, que declinan;

4. Nuestra incapacidad de dedicar más de unos pocos segundos por paciente para encontrar y asimilar esta evidencia o para disponer de más de media hora por semana para la lectura y el estudio general.

Hasta hace poco estos problemas eran insuperables para médicos con dedicación a tiempo completo. Sin embargo, cinco acontecimientos nos han permitido cambiar estas situaciones:

1. El desarrollo de estrategias para buscar y valorar la evidencia (en su validez y relevancia);
2. La creación de revisiones sistemáticas y resúmenes concisos de los efectos del cuidado de la salud (resumidos por la Colaboración Cochrane);
3. La creación de revistas basadas en evidencia de publicación secundaria;
4. La creación de sistemas de información que nos permiten actualizarnos en segundos;
5. La identificación y aplicación de estrategias efectivas de educación continua y para mejorar nuestro desempeño.

Críticas

La discusión y los debates han clarificado algunas “seudo-limitaciones” que surgen del error en la comprensión de la definición de la MBE. Un examen de la definición y los pasos de la MBE descarta rápidamente las críticas de que denigra la pericia clínica, está limitada a la investigación clínica, ignora los valores y preferencias de los pacientes o promueve un abordaje de “recetas de cocina” de la medicina. Más aún, no es una herramienta efectiva de reducción de costos, ya que proveer cuidado basado en evidencia dirigido a maximizar la calidad de vida de los pacientes frecuentemente aumenta los costos y despierta la ira de los economistas de la salud. Además, el empleo del modo “búsqueda” por una gran mayoría de médicos generales de primera línea disgrega el concepto de que la medicina basada en la evidencia es un concepto inalcanzable.

Limitaciones

El examen de los conceptos y práctica de la MBE por clínicos y académicos ha conducido a reacciones positivas y negativas. La discusión y debate subsiguientes nos han recordado tres limitaciones universales para la ciencia (básica o aplicada) y la medicina —la escasez de evidencia científica consistente y coherente—, dificultades para aplicar la evidencia al cuidado de pacientes individuales; barreras para la práctica de medicina de alta calidad.

El debate también ha identificado tres limitaciones que son exclusivas de la práctica de la MBE:

Primero, la necesidad de desarrollar nuevas habilidades en la búsqueda y en la valoración crítica puede ser desalentadora, aunque el cuidado basado en evidencia puede aplicarse si se dominan las primeras y se dirigen hacia fuentes pre-valoradas. Segundo, los médicos muy ocupados tienen tiempo limitado para dominar y aplicar estas nuevas habilidades, y los recursos requeridos para el acceso instantáneo a la evidencia frecuentemente son lamentablemente inadecuados en los ambientes clínicos. Finalmente, la evidencia de que la medicina basada en la evidencia “funciona” ha llegado tarde y lentamente.

Esperamos que esta introducción a la MBE pueda ser de interés. Es nuestra intención, en entregas sucesivas a lo largo de los próximos meses, ver cómo, con diferentes matices, se aplica la MBE para tomar las mejores decisiones para nuestros pacientes cuando se nos presentan dudas en la aplicación de tratamientos o uso de métodos diagnósticos. En la próxima entrega nos referiremos a la aplicación, práctica e incorporación a la práctica médica de la medicina basada en la evidencia. **MO**

Bibliografía

Sackett DL [et al.]. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

The Evidence-Based Medicine Working Group. *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice*. Chicago: AMA Press, 2002.

MBE en la consulta. Bentazos (A Coruña), España: Casitérides, c2005. En línea:

<http://www.fisterra.com/mbe/index.asp> [consultado: 5 de diciembre 2005].

Sharma S. Evidence-based medicine. *Evid. Based Ophthalmol.* 6 (2005): 177-178.