

Qué es y qué no es la medicina basada en la evidencia

(2ª parte)

Dr. Eduardo Mayorga Argañaraz, Dra. Gabriela Palis, Dr. Guillermo Hernández Gauna

En la entrega anterior explicamos qué es la medicina basada en la evidencia y cómo surgió. En este número trataremos las bases teóricas de su aplicación a la práctica.

¿Cómo se aplica la medicina basada en la evidencia?

La medicina basada en la evidencia (MBE) se puede aplicar en el trabajo diario con cualquier tipo de intervención clínica, ya sea diagnóstica, terapéutica o preventiva. Incluso puede ser un buen instrumento para valorar los resultados de estas intervenciones.

Ayuda a optimizar el tiempo del profesional: la información y el conocimiento obtenido para una situación o paciente concreto serán útiles para ocasiones posteriores, y el de los pacientes, ya que mejora la accesibilidad a la información y contribuye a disminuir la incertidumbre.

Aún cuando nuestra experiencia clínica y práctica local no sigan las recomendaciones de la literatura, la decisión que finalmente adoptemos posiblemente estará más contrastada y razonada, pues con frecuencia esta situación nos llevará a discutir el asunto con nuestros colegas y con especialistas. Nuestras sugerencias serán más sólidas si somos conscientes del grado y la fuerza de las recomendaciones respecto de una intervención determinada.

Es útil también en la educación médica continua en los siguientes aspectos:

1) La vigencia y validez de la información son limitadas; la tradicional clase teórica magistral o las conferencias han demostrado una utilidad limitada en la actualización e innovación profesional; el simple hecho de disponer de información no es suficiente para modificar nuestra manera de hacer las cosas. En este sentido la MBE aporta una metodología más sistemática, a la vez que utiliza y rentabiliza las nuevas tecnologías.

2) La práctica de la MBE requiere una formación y habilidades específicas que deben actualizarse constantemente de la misma forma que el conocimiento. Se necesitan tiempo y formación para realizar la búsqueda de la información científica, para leerla e interpretarla correctamente y para adaptarla y aplicarla a la práctica habitual. La comprensión y crítica de la metodología utilizada en el diseño, en el análisis de los datos, en la interpretación de los resultados, no siempre está al alcance

de todos los profesionales, por lo que parte del tiempo y contenidos de la formación continuada podrían dedicarse a esta materia.

3) Además, el abordaje podría realizarse no sólo desde un punto de vista individual, sino de grupo o colectivo, lo que añadiría una perspectiva interprofesional más amplia a nuestro ejercicio.

4) Por otra parte, con la práctica de la MBE se obtiene el valor agregado de la actualización y puesta al día de los conocimientos. Con toda seguridad se potenciará el autoaprendizaje, pero también surgirán propuestas para la formación continuada porque podremos detectar áreas de conocimiento o de habilidades que requieren formación.

¿Cómo se practica la medicina basada en la evidencia?

La práctica de la MBE consta de cinco pasos:

Paso 1. Formular la pregunta: convertir la necesidad de información (sobre prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, causa, etc.) en una pregunta pasible de ser contestada.

Paso 2. Buscar la mejor evidencia para contestar esa pregunta.

Paso 3. Evaluar críticamente la validez (cercanía a la verdad), impacto (tamaño del efecto) y aplicabilidad (utilidad en nuestra práctica clínica) de esa evidencia.

Paso 4. Integrar la valoración crítica con la pericia clínica y con la biología, valores y circunstancias únicas de nuestro paciente.

Paso 5. Evaluar nuestra efectividad y eficiencia para ejecutar los pasos 1-4 y buscar formas de mejorar ambas para la próxima vez.

Poniendo un ejemplo: concurre a nuestro consultorio un paciente a quien le diagnosticamos una neuropatía óptica anterior isquémica. No estamos seguros de cómo tratarlo. ¿Comenzamos con prednisona por vía oral hasta que vea a un neurooftalmólogo? ¿Lo internamos para iniciar tratamiento con metilprednisolona endovenosa? ¿Requerirá cirugía descompresiva de la vaina del nervio óptico?

Paso 1. Convertimos nuestra necesidad de información sobre el tratamiento de la neuropatía óptica anterior isquémica en una pregunta pasible de ser contestada: "¿Cuál es el mejor tratamiento para esta patología en particular?".

Paso 2. Hacemos una búsqueda bibliográfica en, por ejemplo, PubMed y encontramos varios trabajos que se realizaron a

partir del publicado en 1992 por el Optic Neuritis Study Group.

Paso 3. Evaluamos este trabajo. Es un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, de una muestra de tamaño apropiado, con resultados clínicamente significativos y pasibles de ser aplicados en mi paciente.

Paso 4. Explicamos los hallazgos de este estudio a nuestro paciente y a su familia. Los pacientes a quienes atendimos en el pasado y a quienes les realizamos el mismo tratamiento que el que recomienda este ensayo tuvieron una mejor evolución que aquellos a quienes tratamos con otras modalidades terapéuticas. Indicamos el tratamiento.

Paso 5. Evaluamos nuestra efectividad y eficiencia en los pasos anteriores. ¿Nos costó encontrar lo que buscábamos? Quizás en el futuro debamos realizar preguntas más concretas. ¿Tardamos mucho en hacer la búsqueda? La próxima vez quizá deberíamos limitarla con las herramientas del motor de búsqueda.

¿Cómo se incorpora a la práctica médica?

Podemos identificar tres “modos” o “estilos” de práctica. Todos comprenden la integración de evidencia (de cualquier fuente) con la biología, valores y circunstancias únicas de nuestro paciente (paso 4), pero varían en la ejecución de los otros pasos.

Para las enfermedades que encontramos cada día (por ejemplo, glaucoma de ángulo abierto y catarata) necesitamos estar muy actualizados y seguros de lo que hacemos. De acuerdo con esto, invertimos el tiempo y el esfuerzo necesarios para llevar adelante los pasos 2 (búsqueda) y 3 (valoración crítica) y operar en modo “valoración”.

Para las enfermedades que encontramos menos frecuentemente (por ejemplo, arteritis temporal, intoxicación con antipalúdicos), ahorramos nuestro tiempo buscando valoraciones críticas ya realizadas por otros que describen (y se adhieren a) criterios explícitos para decidir qué evidencia eligieron y cómo decidieron si era válida. Es decir, dejamos el paso 3 (valoración crítica) que consume tiempo y llevamos adelante sólo el paso 2 (búsqueda) pero restringimos el último a las fuentes que ya se han sometido a valoración crítica rigurosa (revisiones Cochrane, etc.).

Lo tranquilizante de practicar ya sea en los modos “valoración” o “búsqueda” es que proveemos “cuidado basado en evidencia” a nuestros pacientes.

Esta aseveración falta en el tercer modo de práctica. Para los problemas que encontramos muy infrecuentemente (por ejemplo descompensación de una distrofia de córnea) buscamos, aceptamos y aplicamos “ciegamente” las recomendaciones que recibimos de autoridades en la rama relevante de la medicina. Este modelo “replicante” también caracteriza la práctica de estudiantes de medicina y residentes cuando aún no han ganado independencia y deben obedecer las órdenes de aquellos a quienes consultan. El problema con el modo “replicante” es que es “ciego” al hecho de que el consejo recibido de los expertos sea autorizado (basado en evidencia, resultante de operar en el

modo “valoración”) o simplemente autoritario (basado en la opinión, resultante del orgullo y del prejuicio). A veces podemos tener pistas sobre la validez de la fuente experta (¿citan referencias? ¿son miembros de la Colaboración Cochrane?). Si buscáramos el cuidado que proveemos al operar en el modo “replicante” en la literatura y lo valoráramos críticamente, encontraríamos que algo de lo que hicimos fue efectivo, algo fue inútil y algo fue dañino. Pero en el modo “replicante” nunca estaremos seguros. **MO**

Bibliografía

Sackett DL [et al.]. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000, p. 1-12.

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/mbel/index.asp> [consultado: 1º de febrero 2006].

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

