
INFORMACIÓN AL DÍA

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Caridad Fresno Chávez¹

DeCS: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS; CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; POLITICA DE SALUD; EDUCACION MEDICA CONTINUA; ANALISIS DEL DESEMPEÑO; PRACTICA PROFESIONAL.

En los inicios de la década de los 80 se estimaba que un médico clínico debía leer al menos, 17 artículos cada día del año, para tratar de abarcar los más de 6 000 que aparecían en alrededor de 20 revistas clínicas.¹

Mantenerse al día en la información científica técnica en el área de la medicina representa una necesidad para brindar una asistencia de mayor calidad, pues se ha comprobado que los pacientes sufren las consecuencias (mayores gastos, menos eficiencia y en ocasiones, toma de decisiones dañinas) por la dificultad que presentan estos profesionales para conjugar los adelantos científico técnicos, con la práctica clínica.²

¿Cómo solucionar esto? Se ha propuesto la implementación de una medicina basada en evidencia (MBE).

Desarrollo

El concepto MBE significa, focalizar la atención en la utilización de investigaciones clínicas validadas en la práctica clínica.³ El término fue acuñado por la Escuela Médica de Mc Master de Canadá, en los años 80 (sus orígenes filosóficos se sitúan en París a mediados del siglo XIX), y significó el inicio de una estrategia educativa que se ha continuado desarrollando.⁴

La MBE ha sido definida como la forma consciente, explícita y juiciosa de utilizar las evidencias actuales, para tomar decisiones sobre la atención del paciente.⁵ Se concibe como un proceso de transformación de los problemas clínicos en preguntas, y entonces la sistematización, localización, aprehensión y utilización de las investigaciones actuales como la base de

¹ Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

las decisiones clínicas.⁴ En síntesis, la MBE, se sustenta en ideas relacionadas:⁶

- las decisiones clínicas deben estar basadas en la mejor evidencia clínica existente
- el problema clínico (más que los hábitos o protocolos) deben determinar el tipo de evidencia a enjuiciar
- identificación de las mejores evidencias usando métodos de procesamiento epidemiológicos y bioestadísticos
- conclusiones derivadas de la identificación y aprehensión de la evidencia crítica, que sólo será útil si se pone en función del manejo del paciente o en la toma de decisiones en salud
- la conducta a seguir debe ser constantemente evaluada

¿Quiénes deben practicar una medicina basada en evidencias?

Se estima puede ser asumida y utilizada por los médicos clínicos de todos los niveles y se considera que puede ser el instrumento adecuado, para cerrar la brecha entre buenas investigaciones clínicas y la práctica médica, ya que puede llevarse a cabo en cada situación donde exista una duda sobre el diagnóstico clínico, la prognosis o el manejo en general del paciente;⁴ para que la medicina deje de ser un arte de misterios insolubles⁷ y pase a constituir una ciencia de componentes objetivos y medibles, que puedan ser usados de forma amena y bien estructurada.⁸ Es por ello que, aunque en sus orígenes fue concebida para médicos clínicos, se vislumbra en un futuro no muy lejano, poder abordar subespecialidades como, la pediatría, cirugía, obstetricia y ginecología, siquiatria, salud pública, entre otras.⁹

Podríamos preguntarnos también, ¿por qué resulta necesario establecer una MBE?

Las ideas fundamentales alrededor de esta interrogante giran en torno a los juicios siguientes:

- Se ha planteado que la educación médica continuada (EMC) no es el elemento que puede superar el deterioro de una atención clínica rutinaria y de mala calidad.¹⁰
- Resuelve el problema de gastos innecesarios, el incremento de la eficiencia, y sobre todo impide acciones que perjudican a los pacientes.²
- En resumen, la necesidad (que requiere de una voluntad política en salud) de responder a la preocupación y demanda creciente de la población, del derecho a una atención médica adecuada.¹¹

La implementación de la MBE requiere de la conjunción del esfuerzo de factores humanos y recursos materiales que garanticen:

Calidad de la información y/o evidencias

Estudios efectuados sobre la validez metodológica de diversos ensayos clínicos han demostrado muchas fallas, tanto en la toma de la muestra objeto de estudio, como en el diseño experimental; también en la evaluación de los procedimientos y diagnósticos y en el curso y evolución del tratamiento farmacológico,¹² siendo este último elemento el que mostró mayor dificultad en el estudio.

Con el advenimiento de la atención primaria en salud, se constató que los pacientes que asisten a estos servicios, presentan cuadros clínicos en estadios iniciales y menos severos en general, lo cual hace que esto difiera, de forma importante, de los cuadros clínicos que son atendidos en otros niveles de salud;¹³ se requiere, por tanto, de diseños experimentales especiales, y refuerza la necesidad de crear una medicina basada en evidencias.

Los estudios no deben estar restringidos a ensayos aleatorios y metanálisis. Es necesario encontrar estudios transversales de pacientes entre los cuales se sospeche la patología,⁵ así como estudios en los cuales los pacientes hayan sido cuidadosamente clasificados de manera uniforme, en etapas tempranas del proceso de salud-enfermedad en cuestión, y muchas veces la evidencia deberá ser obtenida de ciencias básicas como la genética y la inmunología.

En los ensayos clínicos casi siempre están excluidos o mal representados los ancianos, mujeres¹⁴ y pacientes con comorbilidad.¹⁵

Los ensayos al azar pueden conformar un diseño ideal desde el punto de vista experimental, pero ellos solos, no pueden probar que se ha escogido la mejor población de pacientes, o el lugar y momento exactos.⁵

Estrategias y políticas gerenciales

Varios estudios demuestran que resulta imposible que los médicos puedan por sí solos, lograr la implementación de una MBE, porque las habilidades necesarias incluyen: la definición del problema, la construcción y conducción de una búsqueda eficiente para localizar la mejor evidencia, la consideración de la misma y sus implicaciones en el contexto de las circunstancias y valores del paciente, por lo que no es extraño concluir que resulta necesario mayor tiempo y adquisición de habilidades entre otros requisitos.¹⁶ Esto hace que para muchos se constituya en una meta prácticamente inalcanzable.

Se han propuesto una serie de medidas para superar estos inconvenientes entre las que tenemos, promover la participación de los médicos generales en investigaciones,¹⁷ respetar la confidencialidad entre médico-paciente, así como la autonomía del médico en los estudios que se efectúan;¹⁸ establecer una retroalimentación con los médicos que se

involucran en investigaciones, de modo que sientan la importancia de su participación en ellas;¹⁹ la realización de talleres de superación profesional para introducir las técnicas necesarias, la adquisición de revisiones sistemáticas o actualizaciones y las guías de procedimientos.²⁰ En cuanto a estas últimas, se ha apuntado que en su mayoría no detallan los fenómenos que conducen a las recomendaciones que efectúan.²¹

Como otras medidas se señalan, implementar un programa de control de calidad continua en la atención primaria,²² la creación de grupos de discusión, mesas redondas u otro tipo de reuniones en las cuales los miembros del equipo en cuestión exploren las vías para incorporar la evidencia en el manejo clínico de sus pacientes;⁴ concebir programas de pregrado, posgrado y educación médica continuada, adaptados a las necesidades de los usuarios.²³ Es necesario considerar que algunas investigaciones han apuntado que la educación continuada tiene pocos efectos en el combate contra los hábitos y/o conductas profesionales incorporadas por los médicos en su desempeño profesional.²⁴

Por último se cita la creación de formularios restringidos, incentivos financieros y guías institucionales que requieran habilidades mínimas para utilizar la literatura médica,¹⁶ y de los cuales podemos brindarles un ejemplo si hacen un doble clic aquí;²⁵ así como también la participación activa de los profesionales en el cambio organizacional, para lo cual se requiere de una gran motivación, si se quieren obtener resultados.²⁶

ACTUALIDAD Y FUTURO DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Una interesante y amplia encuesta practicada entre profesionales de la salud al este

de Londres, involucrados de una forma u otra en la atención primaria, demostró que en mayor o menor medida, todos estaban conscientes de la importancia de practicar una MBE, pero se constató que se utilizaban poco o casi nada los recursos electrónicos y lo más frecuente era la consulta de colegas; solo la mitad de los encuestados había escuchado hablar de MEDLINE, la mitad nunca había recibido algún entrenamiento para recuperar información médica, y solo una quinta parte confesó entender conceptos estadísticos presentes en la literatura médica.²⁷

Si a esta realidad se suma el hecho de que no existan suficientes recursos fiables, es decir que presenten rigurosidad, relevancia y veracidad,²⁸ se comprenderá el por qué de la creación de un grupo especial con el propósito de producir resúmenes en una página,²⁹ acompañados de un comentario por un experto en la materia (que cubre la prevención, causa y curso de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), en un intento por asegurar una orientación y acercamiento a una educación continuada, que lleva a cabo desde 1991 el *American College of Physicians* (ACP) con la creación del *ACP Journal Club*,²⁹ y el hecho de la unión del grupo de la *British Medical Journal* (BMJ) con el ACP para la creación de una nueva publicación (*Evidence Based Medicine*) que tiene la intención de ayudar a los médicos a identificar la información que necesitan,⁶ y que cuenta con un sitio web, que le invitamos a visitar: <http://www.clinicalevidence.org/index-welcome.htm>.

Referencias bibliográficas

1. Haynes R. Where's the meat in clinical journals? *ACP J Club* 1993;119:24-4.
2. Barnes J, Slein A, Rosenberg W. Evidence based medicine and evaluation of mental health services, methodological issues and future directions. *Arch. Dis Child* 1999;80: 280-285.

También resulta justificado que se haya publicado un compendio bianual de *Clinical Evidence*, sobre lo mejor en la materia y que se haya entregado libre de cargos a más de 400 000 médicos estadounidenses.³⁰

Como podemos percatarnos, los esfuerzos van encaminados, hacia una mayor utilización de INTERNET, pues se piensa que esto aliviará la situación de accesibilidad en la mayoría de los casos, pero la dificultad radica en lo desorganizado que aparecen los datos, el origen dudoso y muchas veces sobredimensionado³¹ con que se presenta la información que aparece publicada en la red, pero de eso estaremos hablando en nuestro próximo trabajo.

Conclusiones

La necesidad de mantener actualizados a los médicos durante el desempeño de su vida profesional ha sido objetivo y preocupación desde hace mucho tiempo de escuelas y sociedades médicas.

En los 80 se implementó una estrategia educativa en la Escuela de Medicina de Mc Master (la MBE) que se estima puede ser asumida y utilizada por los médicos clínicos de todos los niveles, y que en un futuro se vislumbra pueda ser abordada por otras subespecialidades, ya que se considera es el vehículo adecuado para mantener una educación continuada, y la solución, además, para la utilización óptima de los recursos en salud.

3. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
4. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinic problem-solving. *BMJ* 1995;310:1112-26.
5. Sackett D, Rosenberg W, Gray, J Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what

- it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ* 1996;312:71-72.
6. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. *BMJ* 1995;310:1085-6.
 7. Haynes R, Haynard R, Lomas J. Bridges between health care research evidence and clinical practice. *J Am Med Inf Assoc* 1995;2:342-50.
 8. Tannenbaum S. What physicians know? *N Engl J Med* 1993; 329:1268-71.
 9. West R. Evidence based medicine, overviews, bulletins, guidelines, and the new consensus. *Postgrad Med J* 2000;76:383-389.
 10. Davis D, Thompson M, Oxman A, Haynes R. Evidence for effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992;268:1111-7.
 11. Department of Health. Saving Lives:our Healthier Nation. London; Stationery Office. 1999.
 12. Dinant G, Knottneurus J, Van Wessch J. Discriminating ability of the erythrocyte sedimentation rate: a prospective study in general practice. *Br J Gen Pract* 1991;41:365-370.
 13. Knottnerus J. Medical decision making by general practitioners and specialist. *Fam Pract* 1991;8:305-7.
 14. Gurwitz J, Col N, Aron J. The exclusion of the elderly and woman from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA* 1992; 268:1417-22.
 15. Schellevis F, Velden J, Lisdonk E, Eijk J, van Weel C van. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993;46:469-73.
 16. Guyat G, Meade M, Jaeschke R, Cook D, Haynes R. Practitioners of evidence based care. *BMJ* 2000; 320:954-5.
 17. Borgiel A, Dunn E, Lamont C, Mac Donald P, Evenson M, Bass M. Recruiting family physicians as participants in research. *Fam Pract* 1989;6:168-72.
 18. Heywood A, Mudge P, Ring I, Fisher S. Reducing systematic bias in studies of general practitioners:the use of a medical peer in research. *Fam Pract* 1995;12:227-31.
 19. Ward J. General practitioners experience of research. *Fam Pract* 1994;11:418-23.
 20. Neufield V, Woodward C, McLeod S. The McMaster MP programme: a case study in renewal in medical education. *Acad Med* 1989;64:423-32.
 21. Adams P, Aylett M, Bryson L, Clapp Z, Eccles M, Flinders P, et al. North of England evidence based guidelines development project: summary version of evidence based guideleness for the primary care management of stable angina. *BMJ* 1996;312:827-32.
 22. Heamshaws H, Reddish S, Carlyle D, Beker R, Robertson N. Introducing a quality improvement programme to primary health care teams. *Qual Health Care* 1998;7:200-2.
 23. Shin J, Flaynes R, Johnston M. Effect of problem-based, self-directed undergraduate education in life-long learning. *Can Med Assoc J* 1993;148:969-76.
 24. Davis D, Thomson M, Oxman H, Haynes R. Changing physician performance. *JAMA* 1995;274:700-5.
 25. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams P, Higgins B, Purves I, et al. North of England evidence based guidelenes development project: methods of guideleness development. *BMJ* 1996;760-762.
 26. Rogers S, Humphrey C, Nazareth I, Lister S, Tomblin Z, Haynes A. Designing trials of interventions to change professional practice in primary care: lessons from an exploratory study of two change strategies. *BMJ* 2000; 320:1580-3.
 27. Hardgroup N, Folishan M, Gray R, Carter I. All members of primary care teams are aware of importance of evidence based medicine. *BMJ* 1998;317:282.
 28. Centre for Health Information Quality. The evidence based for consumer health information. Winchester: CHIQ, 1999 (topic bulletin).
 29. Ad Hoc Working Group for critical Appraised of the Medical Literature. A proposal for more informations abstracts of clinical articles. *Ann Intern Med* 1987;106:568-604.
 30. Ferriman A. Clinical evidence to go to 400 000 U.S. doctors. *BMJ* 2000;320:1626.
 31. Hibble A, Kauka D, Pinocheon D, Pooler F. Guideleness in general practice: the new tower of Babel? *BMJ* 1998;317:862-3.
- Recibido: 4 de septiembre del 2000. Aprobado: 6 de noviembre del 2000.
Dra. Caridad Fresno Chávez. Calle 208 No. 1928 e/19 y 21 A, reparto Atabey, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.