

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. JOSE ASEFF YARA"
CIEGO DE AVILA

Medicina basada en evidencias. Un reto actual
Medicine based on evidence. A present challenge

Katia Villamil Fumero (1), Carlos Alberto Morán Martínez (2), Kenia Téllez Frandin (1), Héctor Muarra Álvarez (3).

RESUMEN

En los últimos años la medicina moderna ha sido testigo de la aparición de nuevas, complejas y sofisticadas tecnologías que le han brindado un impulso considerable al desarrollo de las ciencias médicas. El concepto de Medicina Basada en la Evidencia significa focalizar la atención en la utilización de investigaciones clínicas validadas en la práctica clínica, procura dar respuesta a las múltiples interrogantes surgidas en la práctica médica. Como toda idea nueva no está exenta de contradicciones y opiniones divergentes. En el presente trabajo se presentan criterios diversos sobre este nuevo modelo.

Palabras Clave: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do Grado en Medicina Interna. Profesor asistente.

INTRODUCCIÓN

La Medicina basada en la evidencia (MBE) como corriente o movimiento tiene su origen en los años 80 en la Escuela de Medicina de la Universidad de Mc Master de Notario Canadá (1), donde un grupo de clínicos y epidemiólogos reunidos crearon dicho movimiento. Según Sackett uno de sus fundadores, no es mas que "el uso juicioso, conciente y explícito de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones médicas para el cuidado de pacientes individuales" (2). Sin embargo, no solamente tiene en cuenta la evidencia externa (entiéndase por esto mejor evidencia científica) sino también la evidencia interna (experiencia práctica individual de cada médico). Sin duda alguna la filosofía de la MBE es tan antigua como la medicina misma porque desde sus orígenes siempre los médicos han querido o al menos han creído realizar esta basados en la información más actualizada y real. Las raíces más modernas se encuentran a mediados del siglo XIX en Paris, por lo que vale la pena recordar la frase del famoso pediatra francés Robery Debre cuando decía: "El tormento de no saber desosega el alma del médico moderno, el desconocimiento de un hecho nuevo puede costar la vida de un ser humano". En estas palabras se resume la esencia de la MBE y se destaca la necesidad del conocimiento, aunque sin duda las consecuencias que se derivan de la ignorancia alcanzan un espectro muy amplio y no siempre tan fatal. No obstante, se reconoce que fue en la Universidad de Mc Master donde se conceptualizó dicho movimiento y se dio el cuerpo al alma y los hechos a las ideas. La MBE no solo es un simple concepto, sino que constituye una estrategia de trabajo cuyo objetivo fundamental es el perfeccionamiento de nuestra actividad (3-4).

DESARROLLO

Lejos estaban de imaginar los epidemiólogos allá por la década de los 80 cuando pensaron en la necesidad de acercar la ciencia al arte de la medicina que el término evidencia cobraría tan alto valor y presencia en las publicaciones sobre metodología de la investigación clínica, la enseñanza de la medicina, la gestión y la política sanitaria (5). No es un secreto que actualmente en Cuba por las limitaciones que nos impone el bloqueo norteamericano nuestro acceso a bibliografía de punta es

limitado. También es cierto que incluso teniendo acceso a la información no siempre existe el tiempo necesario para buscarla y que en la actualidad el volumen de publicaciones que se produce resulta inabarcable. Agréguese a lo anterior el hecho de que la calidad de un sin número de artículos que se publican es objetable desde distintos puntos de vista y que durante nuestra carrera no recibimos un entrenamiento formal especialmente dirigido a proveernos de la solvencia necesaria para examinar críticamente esa literatura (6). Para alcanzar una capacidad propia de discernimiento científicamente sustentada el médico debe adquirir conocimientos acerca de los diversos diseños de investigación clínica, conocer los distintos tipos de riesgo para interpretar los estudios e incorporar una metodología mínima para la revisión de artículos. Es importante para el equipo en la atención primaria de salud tener acceso a la mejor evidencia externa disponible como también lo es no ignorar su experiencia clínica individual y establecer un balance entre ellas.

Una práctica médica basada solo en la experiencia de los diferentes centros no facilitará una planificación organizada de los recursos, pues estas pueden ser discrepantes y dificultar el consenso y comprometer la racionalidad de las decisiones acerca de hacia donde deben destinarse los recursos. Es obvio que al basar nuestra práctica en estudios científicamente probados estaremos haciendo ciencia y de hecho mejor medicina. Durante las dos últimas décadas, determinadas áreas médicas y sanitarias han experimentado un rápido desarrollo, entre ellas cabe mencionar las siguientes: evaluación de tecnologías médicas, investigación de los servicios de salud, validación de los resultados médicos y de la efectividad de la práctica clínica, análisis de la calidad de la asistencia y otras con denominaciones más sofisticadas que contribuyen a soportar lo que se ha dado en llamar Medicina Basada en Evidencias (7), o su denominación más cercana: cuidados de salud basados en evidencias. Dicho concepto esencialmente se fundamenta en los principios de la epidemiología clínica en la cual los aspectos bioestadísticos de la evidencia de los datos y la información ocupan un lugar preponderante. Aunque su evolución histórica ocurrió bajo un enfoque empíricamente tradicional experimentó un cambio radical en las dos últimas décadas a partir de la revolución operada en materia de gestión documental entendida esta como la preparación, publicación, diseminación, evaluación y consumo de la literatura médica. Es en este contexto donde ha nacido uno de los “niños de oro” de la medicina moderna, la llamada “Medicina Basada en la Evidencia”. Los objetivos son: Evaluación de la literatura médica: debido al gran número y crecimiento exponencial de las publicaciones, los resultados de determinado trabajo deben ser analizados, en relación con su validez, importancia y aplicación (8), reducción del margen de error: deriva de acciones fundamentales en evidencias externas, las cuales sufrieron análisis estadísticos depuradores. Los criterios clínico epidemiológicos y los datos estadísticos contribuyeron a fortalecer las evidencias externas (9). Sistematización de la educación continuada: debido a la facilidad de acceso a las informaciones y los criterios utilizados para seleccionarlas (10), la actualización de los conocimientos es un proceso dinámico que tiene tres requisitos básicos: el reconocimiento de la necesidad de informaciones, la obtención de las mismas y la determinación de su valor científico (11), limitación del autoritarismo: en la enseñanza y en la práctica médica además del estímulo a la iniciativa y la creatividad personal proporcionada por el ejercicio de la medicina basada en evidencias la experiencia es válida cuando está sostenida en evidencias, Racionalización de los costos: la disminución de los errores y el aumento de la calidad asistencial son importantes factores en la reducción de los costos. A su vez la humanización de la relación médico paciente: el exigir la formulación precisa del problema, lo cual requiere de un interrogatorio minucioso y un examen físico completo, determinando con exactitud todos los problemas del paciente incluido los psicológicos, familiares y sociales, ayuda a la evaluación y tratamiento de todas las necesidades de salud del paciente no solo las biológicas (12). Según estudios realizados anualmente se publican 25000 revistas biomédicas y 2 millones de artículos, únicamente en los EEUU existen 20 revistas de medicina interna, donde cada año se publican 6000 artículos. De tal forma que requeriría leer 17 artículos diarios en los 365 días del año para llegar a la conclusión de que el 95 % de ellos no pueden ser considerados evidencia científica relevante (11). La MBE viene en auxilio de esta situación y se encarga de la publicación de revistas donde se ha hecho una selección de aquellas investigaciones validadas científicamente, de tal forma que se logra una gran economía de tiempo y en donde había

7000 artículos anuales, quedan 300 y puede leerse 1 diariamente y todavía quedaría tiempo para más.

La MBE pasa por cuatro etapas: formulación de la interrogante teniendo como punto de partida un problema clínico, búsqueda en la literatura médica de la información más actual y relevante, evaluación crítica de la evidencia para su validez y utilizada y la incorporación de los hallazgos útiles en la práctica clínica. ¿Es posible hacer MBE? Se estima puede ser asumida y utilizada por los médicos clínicos de todos los niveles y se considera que puede ser un 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. Es por ello que, aunque en sus orígenes fue concebida para médicos clínicos se vislumbra en un futuro no muy lejano poder abarcar otras especialidades.

Los defensores de MBE plantean: Toda evidencia es una prueba. La MBE es consecuente con los conocimientos existentes con respecto al tema y une la clínica con la epidemiología. Plantean además que al actuar basados en evidencias frágiles de inferencias precipitadas a partir de observaciones de procesos fisiopatológicos sin considerar los resultados finales que son los realmente importantes podemos muchas veces causar daños y no beneficios al paciente, que existe una diferencia fundamental entre lo que se espera que funcione y lo que realmente funciona, por ejemplo se estima que si las intervenciones médicas actualmente disponibles fueran evaluadas con metodología sistematizada de buen nivel (ensayos clínicos randomizados) menos de la mitad se mostrarían efectivas (13), Estudios realizados han mostrado repetidamente una correlación negativa significativa entre el conocimiento actualizado y los años transcurridos desde la graduación del médico (14). La práctica de la MBE supone un proceso continuo y constante de aprendizaje en el cual el tratamiento de nuestros pacientes crea la necesidad de informaciones clínicas relevantes sobre diagnóstico, pronóstico, terapéutica, análisis de decisiones, análisis de costo beneficio y otros asuntos clínicos importantes (15). Muchas de las experiencias clínicas no son sistematizadas se basan en casos anecdóticos y tienen una gran dosis de subjetivismo y autoritarismo (7), plantean también que los protocolos, normas, consensos y guías de prácticas basadas en evidencias ponen a disposición de los médicos un gran volumen de experiencias que de no tenerlas les costaría muchos años de trabajo poderlas reunir y llegar a conclusiones, iguala los resultados por encima de la medicina en médicos de distinta capacidad y conocimientos. La actitud conservadora de algunas autoridades médicas hacia la MBE puede deberse a que su prestigio o influencia podría verse disminuido al no poder hablar de sus “tantos años de experiencia” como última palabra o sus conductas son cuestionadas por médicos jóvenes o aun por pacientes con acceso a informaciones o evidencias actualizadas, los médicos jóvenes buscando información pudieran equiparar con horas de lectura, largos años de experiencia de otros médicos. No siempre las conductas clínicas aparentemente adecuadas son de eficacia comprobada y ellas deben ser contrastadas a la luz de las mejores evidencias disponibles en el momento, reflejadas preferentemente por los ensayos clínicos randomizados. Esta medicina reduce el nivel de incertidumbre de la práctica clínica, tornando la práctica del médico más segura, disminuye la cantidad de errores y aumentando la calidad de la atención (16). El saber médico tradicional y su expresión práctica con énfasis en las experiencias personales en las personalidades de mayores títulos académicos y en las teorías fisiopatológicas es anacrónico (17). La MBE incorpora ciencia al arte, permite que la medicina deje de un arte de misterios insolubles y pase a constituir una ciencia de componentes objetivos y medibles (18), por último dicen que la medicina actual es una medicina “autoritaria” y es necesario sustituirla por una medicina con “autoridad” democrática, que sería la basada en evidencias (19).

Una de las críticas que más se le hace a la MBE es la imposibilidad práctica de poder realizar ésta basada en el gran volumen de información que se produce diariamente. Con el advenimiento de la atención primaria en salud, se constató que los pacientes que asisten a estos servicios presentan cuadros clínicos en estudios 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; se requiere por tanto de diseños experimentales especiales y refuerza la necesidad de crear una MBE. Los estudios no deben estar restringidos a ensayos aleatorios y meta análisis. Es necesario encontrar estudios transversales de pacientes entre los cuales se sospeche la patología, 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. 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 momentos exactos (6). A pesar de su indudable éxito en los últimos años el movimiento basado en las pruebas no ha estado exento de críticas muchas derivadas de aquellos que se resisten a abandonar una aproximación tradicional de la medicina. Algunos médicos e instituciones sienten que es una innovación peligrosa que limita su autonomía. La ven como una amenaza a su ejercicio profesional y piensan que en el fondo no es más que una iniciativa al servicio de los que pretenden reducir el gasto sanitario o rebajar la autoridad de los que siempre han detentado la jerarquía científica. Estas críticas han sido respondidas en su mayor parte, pero no ocultan que este recurso sigue presentando algunas limitaciones. El profesional debe sustituir en aras de una mayor pertinencia y validez, una fuente de información fácil de obtener por otras que impliquen búsquedas bibliográficas y valoración crítica para las que no se le ha instruido. Requieren un esfuerzo y tiempo del que no se dispone habitualmente, además de una inversión en formación e infraestructuras de tecnología de la información, que nuestros empleadores no creen necesario proporcionar. Pero el principal obstáculo es que no siempre y especialmente en atención primaria la literatura médica tiene la respuesta para las decisiones que se deben tomar en la práctica. Nuestra mejor investigación clínica realizada en nuestro entorno será sin duda la solución a este problema, sin olvidar que cuando un paciente acude a nuestra consulta busca algo más que una respuesta científica a una cuestión clínica. No ha desaparecido el trabajador de la información ni la actividad bibliotec- informacional (4), sin embargo, ahora se necesitan nuevos conocimientos, habilidades y actitudes, capaces de auxiliar al médico en la identificación y el acceso a las fuentes de información. El reto nuevo consiste en la necesidad de preparar un profesional con formación tanto médica como en información capaz de actuar en un contexto clínico complejo como el que caracteriza a las instituciones actuales de salud.

Resumiendo podemos plantear que existen personas que sostienen que la MBE no se puede aceptar, plantean que: la mejor evidencia científica no puede eliminar el arte milenario de la medicina, que los avances de la informática no pueden llevar a una disminución de la calidad de recogida de los datos clínicos, que el sentido común y la experiencia del clínico tienen todavía un lugar principal en la toma de decisiones, que para atender ciertos problemas hay que entender la cultura de las personas, que mas del 50% de las áreas de la medicina están descubiertas de evidencias y que los pacientes de los estudios muchas veces difieren de los que atendemos. Enuncian que en los ensayos clínicos casi siempre están excluidos o mal representados los ancianos, las mujeres y pacientes con morbilidad (20), que cada paciente es único pero las guías son para un paciente medio, impersonal, que es difícil pronosticar que va a ocurrir con un paciente, es difícil aplicar la estadística al individuo. ¿En qué punto se sitúa al paciente individual en la curva de Gaus, abstraída de un amplio grupo poblacional? Este es uno de los grandes desafíos de la medicina, ahí el factor decisivo es la experiencia clínica del médico. La individualidad de algunos pacientes se diluye en los resultados de los grandes estudios, es la experiencia clínica la que nos ayuda a identificar las individualidades olvidadas. La buena medicina siempre se practicó sobre la base de evidencias reunidas en la experiencia de los médicos. La experiencia clínica ya se había notado y señalado asociaciones que luego demostraron los ensayos clínicos, como por ejemplo los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Los estudios realizados en otros medios con pacientes de biotipo diferentes, climas distintos y otros patrones de sensibilidad a los antibióticos no tienen por tanto gran valor para definir muchas conductas en nuestra práctica. No es posible trasladar con certidumbre los beneficios de promedio de los grandes estudios a un enfermo particular (21). Los protocolos, normas y guías no pueden ser usados más que como pautas adaptables a cada caso individual. Afirman que la MBE no puede convertirse en receta de clonación de médicos para que todos sigan exactamente los mismos rígidos patrones sin reflexionar, que hay evidencias obtenidas en estudios patrocinados por compañías farmacéuticas que demuestran las bondades de un fármaco que ellos mismas producen, plantean que si la MBE se usa de manera estrecha y rígida puede llegar a convertirse en una opresión de la evidencia (16). Comentan que muchos de los ensayos clínicos controlados que producen las

evidencias disponibles se realizan en circunstancias muy diferentes a la práctica médica habitual y tienen múltiples diferencias con los experimentos clínicos informales que nos son dados donde quiera que los clínicos traten a un paciente y que la experiencia clínica individual es la que debe decidir si usar o no esa evidencia externa que nos dan las investigaciones científicas en grandes grupos humanos y cómo hacerlo.

La MBE es el instrumento teórico y práctico que faltaba para vincular de forma correcta dos áreas con frecuencia vinculadas empíricamente: la producción y el consumo de la literatura científica. Este nuevo enfoque con centro en la valoración metodológica de los estudios cuyos resultados desean aplicarse, permite reducir un problema común: el médico se enfrenta a la lectura de un trabajo relacionado con su especialidad sin un arma consistente, sin una metodología científica apropiada para determinar la validez de los resultados expuestos que por demás se emplearán para comprender o cambiar el curso de la enfermedad de un paciente cuya vida y bienestar pueden verse sensiblemente afectados. Una vez encontrada esa evidencia relevante debemos incorporarla a nuestra práctica médica. La MBE viene precisamente a cerrar una grieta entre los hallazgos científicos y la actividad diaria, problema que se ha reconocido ampliamente en todos estos años. Según Sir Michel Peckham director del National Health System del Reino Unido “lo que nosotros necesitamos es un mapa de mejor práctica, mas que un mapa del genoma humano. Necesitamos unir los métodos de la ciencia en beneficio de los productos de ciencia” o bien recordando a Mark Fergusos, decano de la Facultad de Ciencias Biológicas de Manchester: “El desarrollo ha sido limitado por el ritmo de descubrimiento, pero ahora está limitado por el ritmo de implementación. Analizando la MBE y desde nuestro punto de vista podemos mencionar que el médico, de una manera u otra, desde siempre ha buscado la actualización para resolver dudas respecto de la atención de sus enfermos. Ciertamente, la forma de buscar y obtener información ha cambiado. Antes de 1970, la única manera de obtener información médica actualizada” era mediante el uso de libros y revistas médicas, o consultando a los “expertos” en un área determinada según la especialidad. En estos tiempos, con los avances en la informática y gracias a Internet, ya el médico ha entrado a un mundo globalizado que le permite poseer la información más actualizada en el momento mismo en que se genera una investigación en cualquier parte del mundo, aunque es necesario aclarar que en nuestro país existen algunas limitaciones respecto al acceso de artículos originales, a los textos completos de estos, así como dificultades aún en algunos casos por falta de disponibilidad de computadoras para todo el personal de la salud , médico y paramédico. La intención de actualización es la misma, sólo que la forma de hacer asequible un tópico particular ha cambiado sus reglas e instrumentos para conseguirla, y por tanto requiere que el médico de esta época posea nuevos conocimientos y destrezas para aspirar a obtener la información que requiere, con los nuevos avances tecnológicos.

Estrategias de la MBE:

Primaria: entrenar a los médicos para reconocer evidencia científica relevante, de tal forma que cada uno de ellos sean capaces de encontrar, valorar y aplicar la mejor evidencia (15).

Secundaria: que sean utilizados las fuentes de MBE para su implementación diaria.

Terciaria: Incorporar los resultados de las revisiones sistemáticas relevantes en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

El concepto de MBE significa focalizar la atención en la utilización de investigaciones clínicas validadas en la práctica clínica. La prudencia, el sentido común y el razonamiento correcto, combinado con sólidos conocimientos al día incluyendo los aportes de los ensayos clínicos aleatorios y la MBE seguirán siendo las mejores herramientas de los médicos para tratar individualmente a sus pacientes. El tiempo y la práctica dirán la última palabra.

ABSTRACT

In the latest years, modern medicine has experienced the arising of new and complex technologies which have been of great importance to the development of medical sciences. The concept of Medicine Based on Evidence means to focus on the use of valid clinical researches in the clinical

practice; it intends to answer the multiple questions arisen in medical practice. As all new idea, this is not free from contradictions and divergent opinions. Different criteria are shown through this work.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lozano Noriega R. La medicina basada en evidencias. El nuevo paradigma. Rev Mexicana Anestesiología. 2007; 30(4):193-195.
2. Olmedo Canchota VH, Flamand Rodríguez E, Hernández MR. Disertaciones sobre la medicina basada en evidencias. Med Int Mex. 2007;23:240-3.
3. Reyes Ortiz C, Prieto Prieto R. Medicina basada en evidencias: Una panorámica. Rev Mexicana pediatr. 2006; 73(2):89-92.
4. García García JJ, Jasso Méndez B, González Carvajal E. Medicina basada en evidencia, un nuevo paradigma. Rev Mexicana Anestesiología. 2006;29(1):51-54.
5. Dulzaides Iglesias ME, Molina Gómez AM. Propuesta de estrategia metodológica para la formación de competencias informacionales en los estudiantes de las ciencias médicas y la salud en Cienfuegos. Acimed. 2007; 16(5).
6. Vidal Ledo M, Fernández Sacasa JA. Medicina basada en la evidencia. Reflexiones sobre el tema. Educ Med Sup. 2005;19(1).
7. Escobar Yendez N. Evaluación de tecnologías sanitarias. MEDISAN.1999; 3(10):3-4.
8. Tarragó Sánchez N, Sánchez Ramos I. Las competencias informacionales en las ciencias biomédicas: una aproximación a partir de la literatura publicada. ACIMED. 2007; 17(15):1-23.
9. Gorowitz S, Mac Intyre A. Towards a theory of medical fallibility. J Med Philos.1976; 1(1): 51-71.
10. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone:1997.
11. Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner EA, Boiwois F. Health science information management and continuing education physicians. Ann Intern Med.1989; 110:151-60.
12. Díaz Novas J, Gallego Machado BR, León González A. Medicina basada en evidencias. Rev Cub Med Gen Integr. 2000; 16(4):366-9.
13. Landini DA. Evolucao da medicina baseada em evidencias. Rev Incr.1999; 21(2):24-36.
14. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Lo universal, lo particular y lo singular más allá del diagnóstico médico. A propósito de la utilización de guías de buenas prácticas clínicas en la toma de decisiones terapéuticas. Educ Med Sup. 2006; 20(2).
15. Cartas al Director. Medicina Basada en Evidencias. Arch Méd Camagüey. 2005; 9(1).
16. Marigochi E. Medicina basada en evidencias: un novo paradigma para la medicina. Med Consel Feder. 1999; 14(3):18-9.
17. Mota Gómez R. Medicina basada em evidencias: principios e práticas. Río de Janeiro: Reichman e Alfonso; 2001.
18. Cabañas F, Moreno A Pérez, Yarza EG. Investigación pediátrica y publicaciones científicas. An Pediatr.2003; 59:525-28.
19. Marchetti P, Centor RM, Donell RW, Poses RM. Does "Evidence-Based Medicine" diminish the physician's role? Medscape Med Students. 2007;9(1). Disponible en:<http://www.medscape.com/viewarticle/549329?src=mp>.
20. Balaguer Vintro I. La voz de los expertos. Medicina basada en la evidencia y medicina basada en la experiencia. Jano: Med Hum. 2003; 65:10.
21. Zuferrri Abello E, Cué Brugueras M. ¿La "medicina basada en la evidencia" disminuye el papel del médico?. Rev Cubana Farm. 2007;41(2).