

# MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

ORTIZ, ZULMA \*

Desde siempre, los médicos han buscado basar sus decisiones en la mejor evidencia disponible y la observación ha sido la base en la generación de conocimientos. En los últimos tiempos la rapidez con que la investigación clínica ha crecido y sigue creciendo, dificulta la tarea para el médico a la hora de clasificar una publicación como la «mejor evidencia» para resolver un caso clínico. Es tanta la cantidad de publicaciones que el punto, no es más cuan pequeña parte de la práctica médica tiene una base firme en la mejor evidencia, el punto hoy por hoy es cuánto de lo que está firmemente basado en evidencia tiene aplicación. Relacionar «mejor evidencia» con experiencia personal o con observación de un hecho que se repite en el tiempo no es conveniente. Por ejemplo, la observación de pacientes después de un infarto de miocardio con extra-sístoles ventriculares y su asociación con un alto riesgo de muerte súbita; sumado a la demostración que estas extra-sístoles podrían ser suprimidas por drogas específicas, constituiría una evidencia suficiente para la extensa prescripción de estas

drogas a pacientes con un post-infarto y ritmo cardíaco inestable. Sin embargo estudios intervencionistas (randomizados y controlados) han demostrado que muchas de estas drogas no sólo no disminuyen sino que incrementan el riesgo de muerte en estos pacientes y actualmente de rutina son evitadas.

Medicina Basada en Evidencia es la capacidad de criticar, es decir determinar la validez y utilidad de un estudio, e incorporar la mejor evidencia dentro de la práctica médica diaria (1). De ésta definición surgen dos interrogantes, I) cómo aprender o cómo desarrollar la capacidad de crítica y II) qué constituye la mejor evidencia. Respecto a la primera, existen libros y artículos que ayudan a desarrollar la capacidad de crítica (2-9). Sin embargo, sólo con la lectura de este material no se logrará el objetivo. Es necesario que el profesional este motivado y venza ciertas dificultades como son la falta de tiempo, de un espacio y material adecuado. En una publicación previa habíamos definido en

-----  
\* *Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la  
Academia Nacional de Medicina.  
Sucre 3280 - 7º - 26 - (1428) Buenos Aires*

orden decreciente la mejor evidencia (10) (Tabla 1). Esta clasificación fue propuesta por un grupo de epidemiólogos y si bien no es la única, tal vez sea la más clara.

A pesar que los médicos necesitan y deberían estar actualizados no en todos los casos esto se logra. Varios factores pueden explicarlo, desde desinterés hasta imposibilidad de acceder a la información necesaria para mantenerse al día con los avances médicos. En una encuesta que se realizó hace más de 10 años se calculó que en un día típico de consultorio, 4 decisiones clínicas podrían haber sido alteradas. Si la información clínica necesaria hubiese estado disponible y hubiese sido empleada (11). Sin embargo, sólo un 30% de los consultorios y/o clínicas donde el médico asistía contaban con las fuentes de información (revistas médicas, libros, acceso a Medline, etc). Al preguntarle al médico como resolvería estos casos, más del 50% respondió «consultando con colegas». Cuando se les preguntó sobre las barreras que impedían la actualización 3 situaciones fueron descriptas:

- 1) falta de tiempo,
- 2) libros no actualizados y
- 3) las revistas estaban muy desorganizadas como para encontrar la información.

Es interesante destacar que cuando un libro es publicado ya está desactualizado. Antman y col. (10), compararon la evidencia acumulada de estudios randomizados-controlados y revisiones sistemáticas sobre el tratamiento de infarto de miocardio con libros contemporáneos. Encontraron que la mayoría de los libros fallaban en recomendar terapia con trombolíticos, a pesar que ya hacía 6 años que un meta-análisis había demostrado su eficacia.

### **¿Cómo lograr una Medicina Basada en Evidencia?**

Sackett y col. han sugerido que sobre la base de 5 ideas, 3 estrategias pueden servir para basar la medicina en evidencia (1).

Las ideas son:

1) que las decisiones deben estar basadas en una información precisa obtenida tanto de un paciente, como de una población de pacientes volcada en una base de datos. Otra fuente de información la constituye los métodos auxiliares de diagnóstico tales como análisis de laboratorio, radiografías, etc.;

2) que el problema determina la naturaleza y la fuente de la evidencia a ser buscada, no todo problema se resuelve con una búsqueda sistemática;

3) que debe existir una integración entre una línea de pensamiento epidemiológica y bioestadística, la experiencia personal y el conocimiento de la patología;

4) que las conclusiones de nuestra búsqueda y apreciación crítica son válidas sólo si son traducidas en acciones que pueden afectar a los pacientes; y

5) que deberíamos continuamente evaluar nuestro performance en la aplicación de estas ideas.

Las 3 estrategias serían:

1) el aprendizaje de Medicina Basada en Evidencia;

2) búsqueda y aplicación de resúmenes generados por otros (revista Evidence Based Medicine, la revista del Colegio Americano de Médicos (ACP Journal) y

3) la aceptación de protocolos de práctica basada en evidencia que han sido generados por otros colegas (guías clínicas, recomendaciones de colegas médicos, etc).

Para el aprendizaje de ésta práctica médica la primera estrategia efectiva es aprender a desarrollar de por vida el autoaprendizaje. Este método ha sido implementado en Mc Master y adoptado por otras instituciones. En una evaluación de la efectividad del método (11) estudiantes próximos a recibirse fueron divididos en 2 grupos, aquellos que recibieron el tutorial para basar sus decisiones futuras en evidencia y los que no. Los resultados mostraron que aquellos que recibieron la formación orientada hacia el manejo de una medicina basada en evidencia tenían más habilidad para generar y defender su diagnóstico y decisiones terapéuticas aún después de 15 años de haberse graduado.

La segunda estrategia está orientada hacia aquellos que no tienen interés en aprender esta nueva técnica de autoformación. En este caso la solución es adoptar o recurrir a fuentes donde expertos en lo que es apreciación crítica determinan qué estudio reúne las condiciones mínimas para ser tenido en cuenta. Otra manera es recurrir a revisiones sistemáticas o meta-análisis de un tópico determinado, para esto uno podría suscribirse a Cochrane Collaboration database, disponible en CD o Internet. Finalmente cuando fallamos en el aprendizaje o en la búsqueda tenemos como tercera opción:

a) recibir auditoría y feed-back acerca de qué estamos haciendo bien y qué mal,

b) recibir consejos de gente que ha aprendido

Medicina Basada en Evidencia,

c) ser visitado por gente que pueda presentar-nos la mejor evidencia sin exhortarnos a prescribir una droga,

d) tomar un mini sabbatical en un lugar donde se practica Medicina Basada en Evidencia,

e) utilizar guías clínicas.

Enseñando y/o aprendiendo Medicina Basada en Evidencia se lograría ser más efectivo.

¿Cómo se debería enseñar y/o aprender esta forma de práctica médica? Con un aprendizaje interactivo y participatorio; relevante para el educando. Debería estar basado en la práctica diaria y dirigido a problemas de alta prioridad. El énfasis

debería estar en el concepto de eficiencia y colaboración. Si se puede practicar Medicina Basada en Evidencia en Bahía Blanca y cómo hacerlo son probablemente los interrogantes de muchos de los lectores. Algunas de las conductas para lograrlo son: aprender a criticar un artículo, mantener una actitud de educador y educando, organizar puestas al día, club de lectores (journal club), ateneos bibliográficos, ateneos clínicos, ateneos de exámenes complementarios, invitar a expertos en determinadas áreas, evitar el contacto con «vendedores», apoyar a los sistemas que deseen formar gente tanto de pregrado, postgrado, como la educación médica continua y a distancia.

CLASIFICACION DE LA EVIDENCIA EN ORDEN DECRECIENTE.

- Meta-análisis
- Overview o revisión sistemática
- Revisión narrativa
- Estudio Controlado y Randomizado
- Estudio de Cohorte con controles obtenidos de historias clínicas, o de la literatura
- Estudio de casos y controles
- Reporte de análisis usando base de datos, conocido como series de casos (de lugares como la Clínica Mayo)
- Reporte de casos

Tabla 1

**Referencias**

- 1.- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología Clínica. Ciencias Básicas para la medicina clínica. 2º Ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 1994.
- 2.- Oxman A., Sackett D., and Guyat G. User's guides to the medical literature. I. How to get started., JAMA 270:2093-2095,1993.
- 3.- Tugwell P. How to read clinical journals: VI. To learn about the quality of clinical care. Can Med Assoc J I 30:377-381, 1981.
- 4.- Tugwell P. How to read clinical journals: III. To learn the clinical course and prognosis of disease. Can Med Assoc J 124:869-872, 1981.
- 5.- Kilgore S. How to read clinical journals: IV. To determine etiology or causation. Can Med Assoc J 124:985-990,1981.
- 6.- Haynes R. How to read clinical journals: II. To learn about a diagnostic test. Can Med Assoc J 124:703-710,1981.
- 7.- Sackett D. How to read clinical journals: V. To distinguish useful from useless or even harmful therapy. Can Med Assoc J 124 :1 I 56-1162, 1981.
- 8.- Ortiz Z. Una explosión de información. Centro Municipal de Salud "Dr. L. Lucero". 1996; 1:1.
- 9.- Covell D., Uman G., and Manning P. Information needs in office practice: are they being met? Ann Int Med 103:59b-599,1985.
- 10.- Antman E., Lau J., K.B., Mosteller F., and Chalmers T. A comparison of the results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. JAMA 268:240-248, 1992.

11. Shin J. , Haynes R. , Johnston M. Effect of problem-based, self directed undergraduate education on life-long learning. Can Med Assoc J 148:969-976,1993