Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en la práctica de la Medicina Clínica, un reto para el siglo XXI

Dra. Ana Bertha Irineo Cabrales

Departamento de Enseñanza e Investigación.
Coordinación Universitaria del HCC

"Todos queríamos que se utilizará la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre nuestra atención médica si llegáramos a enfermarnos. Lo justo es que los pacientes bajo nuestro cuidado no reciban nada de menos"
Frank Davidoff

LAS RAÍCES DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Laín Entralgo ha establecido cuatro modos de ayudar "médicamente" al enfermo: a) el espontáneo, que sería aquel que se realiza como una ayuda sin mayor reflexión, de forma intuitiva, b) el rutinario, que apelaría a una determinada forma de hacer las cosas sólo porque tradicionalmente se ha hecho así, c) el mágico que recurriría a saberes ocultos sólo en manos de iniciados, y d) el técnico, que supondría hacer las cosas racionalmente.

Cada vez más, la medicina clínica adopta la orientación técnica como la más adecuada para desarrollar mejor su función adaptándose a las circunstancias actuales. Es decir, hacer las cosas racionalmente es el gran objetivo de la clínica moderna. Según Bunge "una acción es racional si es máximamente adecuada para lograr el objetivo determinado, y el objetivo y las vías de acción han sido decididas usando el mejor conocimiento disponible". Ello implica, por tanto, hacer una evaluación crítica del conocimiento clínico existente, tanto diagnóstico como pronóstico o terapéutico.

El menor conocimiento para el diagnóstico provendrá de los indicadores probabilísticos derivados de los estudios de pruebas diagnósticos para obtener su sensibilidad, especificidad, valores predictivos, cocientes de probabilidades, etc. Estos estudios, adecuadamente diseñados, convierten un conocimiento muy teórico en otro útil para la acción. Para efectuar un pronóstico, el mejor conocimiento se obtendrá de estudios de seguimiento apropiados (estudios de cohortes). Para las decisiones, el conocimiento de mayor calidad proviene de los ensayos clínicos con distribución aleatoria, que aportan las probabilidades de obtener un resultado de interés en un grupo de pacientes tratados con determinado procedimiento, intervención o sustancia, en relación a un tratamiento alternativo o un placebo.

Ésta es la estrategia que ha llevado al desarrollo conceptual y operativo de la medicina basada en la evidencia, para la que hay que buscar sus antecedentes más próximos en el nacimiento y desarrollo de la epidemiología clínica en los primeros años de la década de los ochentas.

Definida ésta como el estudio de los efectos y determinantes de las decisiones clínicas, ha tenido un impulso muy importante en la mayoría de los países desarrollados. La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) representa un paso maduro y estructurado, desde un punto de vista conceptual y práctico, en la misma dirección, pero la esencia de este movimiento y de su evolución ha sido la misma: cómo conseguir la aplicación del método científico en la práctica de la medicina.

Decir que la medicina tiene que ser científica no sólo es una manera de evitar la falsa dicotomía entre medicina "humanista" y "medicina tecnológica", sino que es la calificación más correcta y la que más se ajusta a lo que intuitiva y clásicamente hemos conocido por "buena medicina". Digamos que es científica aquella disciplina que somete sus postulados al método científico, a un proceso de verificación empírica, es decir, basado en pruebas. Por ello, cobra especial interés el gran impulso con que está emergiendo el nuevo paradigma de la MBE, que consiste en la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de ésta. Los buenos médicos usan

ambas estrategias: sin la primera, la práctica clínica fácilmente se convertiría en una tiranía pero, sin la última, queda rápidamente caduca.

Por experiencia clínica individual se entiende el juicio clínico que los médicos adquieren con la experiencia: radica sobre todo en la capacidad del clínico para hacer un diagnóstico más válido y eficiente y para identificar mejor preferencias y voluntades de los pacientes.

El segundo requerimiento importante es el acceso y presentación de la evidencia en forma clara y accesible, teniendo en cuenta el poco tiempo que la mayoría de los clínicos tienen para buscar y consultar la información. Identificada y validada la evidencia, se puede utilizar no sólo en la atención a un paciente sino también para desarrollar protocolos clínicos, guías de práctica médica.

Aunque se ha argumentado que la práctica de la medicina basada en la evidencia sólo es posible en condiciones de presión asistencial óptima, existen ya algunas experiencias que sugieren que incluso los clínicos más ocupados pueden practicar este tipo de medicina, aunque es necesario un cierto aprendizaje previo. Otras de las objeciones a la medicina basada en la evidencia han argumentado la infravaloración de la relación médico-paciente que supone. Se trata de aquélla forma de pensar que polariza demasiado entre el paciente al cual se reclama anteponer a cualquier otro planteamiento y la "sociedad", la que dictaría unas normas que afectan la propia capacidad de decisión clínica. Por ello será preciso acertar con las mejores dotes de persuasión para mostrar las bases de la medicina científica y la necesidad de mejorar la toma de decisiones y así, seguramente, vencer las resistencias de la medicina autoritaria o de otros tipos de práctica. La obligación del médico de ofrecer lo mejor a sus pacientes no puede separarse del imperativo ético de basar las decisiones en la evidencia existente o de buscarla cuando no se dispone de ésta: la dialéctica de ofrecer una asistencia personalizada a la vez que válida científicamente es intrínseca a la práctica medica actual. Además, es preciso ser consciente de que el médico ya no está sólo ante un paciente en concreto, porque de alguna manera toda la profesión (y la sociedad misma) se encuentra detrás. El conocimiento sobre si un tratamiento es correcto o no, sobre lo que constituye medicina de calidad, es fruto del consenso profesional y científico, el cual debe ser incorporado plenamente a la relación médico-paciente.

Para los pacientes, la medicina basada en la evidencia supone un mayor beneficio directo, al disminuir la variabilidad de las prácticas y así acceder a las prestaciones más eficaces. Además, les ofrece una oportunidad de comunicación adicional y operativa con sus médicos, al objetivar los pros y contras de cada opción terapéutica y vehiculizar así su participación real en la toma de decisiones que les afecta. Si la información para este tipo de medicina es suficientemente ágil y apropiada, puede ser comprendida perfectamente por numerosos pacientes y grupos de consumidores, con lo cual se contribuye también a la democratización real del conocimiento.

¿QUÉ ES LA MBE?

LA MBE se ha definido como la integración de la experiencia clínica personal con la mejor evidencia externa disponible procedente de la investigación sistemática. También se ha definido como la utilización consciente y juiciosa de la mejor evidencia proveniente de la investigación clínica para la toma de decisiones en el cuidado de cada paciente en particular. Los mismos autores que acuñaron esta definición alertan sobre los posibles cambios en la misma al ser una nueva disciplina en plena evolución. Por otro lado, proponen que los médicos diseñen su propia formación continuada a partir de los problemas de conocimiento que emergen con cada enfermo, y que se mantengan al día en los avances de la medicina proporcionando a los pacientes el servicio mejor y más seguro.

La difusión de la MBE en revistas científicas ha sido muy extensa. En España, en 1996 ya se publicó un artículo en MEDICINA CLINICA en relación a la misma y también ha merecido la atención de revistas tan influyentes como *The Economist* y *Science*.

La revista *The American Journal of Medicine*, el órgano oficial de la Asociación de Profesores de Medicina de Estados Unidos, en un artículo publicado recientemente, aboga por la utilización de la MBE en la educación de los estudiantes de medicina que están haciendo el rotatorio por las diferentes especialidades.

¿QUÉ NO ES LA MBE?

Sackett y colaboradores también dejan muy claro lo que no es la MBE.

LA MBE no es un libro de recetas de cocina aplicado a la medicina, dado que se basa en integrar la maestría individual con las mejores evidencias externas y las preferencias del paciente, no se puede dar un enfoque esclavizante digno de un libro de recetas para la asistencia clínica. Las evidencias clínicas pueden conformar pero nunca sustituir a la maes-

tría clínica, y esta maestría es la que decide si las evidencias externas se pueden aplicar por completo a un paciente en particular y, si así ocurre, cómo debe integrarse en una decisión.

La MBE tampoco es un arma para los compradores y gestores sanitarios para recortar los gastos en asistencia sanitaria. Los médicos que practican la MBE identificarán y aplicarán las intervenciones más eficaces para maximizar la calidad y cantidad de vida de cada paciente, tal conducta, incluso con la intención de racionalizar los costes, tanto podría subirlos como bajarlos.

Finalmente, la MBE no es únicamente todo aquello relacionado con los ensayos clínicos aleatorizados. Por ejemplo, para averiguar la exactitud de una prueba diagnóstica hay que llevar a cabo estudios transversales realizados en pacientes sospechosos de padecer un trastorno de interés, para cuestiones relativas el pronóstico se precisan estudios de seguimiento establecidos en un punto precoz y uniforme del curso clínico de la enfermedad. En cambio, en el ámbito de la eficacia terapéutica deben evitarse los enfoques no experimentales, ya que habitualmente éstos llevan a conclusiones falsamente positivas sobre tal eficacia.

REFERENCIAS

- Bonfill X, Gabriel F, Cabello J. La medicina basada en la evidencia. Revista Española de Cardiología 1997;50:819-825.
- Bonfill X. El futuro de la práctica clínica. Albacete: Ponencia del Seminario 1996 de la Reuni, 1996.
- Brotons CC. Medicina Basada en la evidencia: un reto para el siglo XXI. Med Clin 1998;111:552-557.

BM

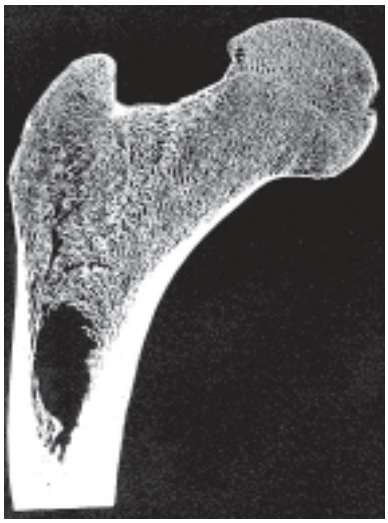
Microcápsula Médica

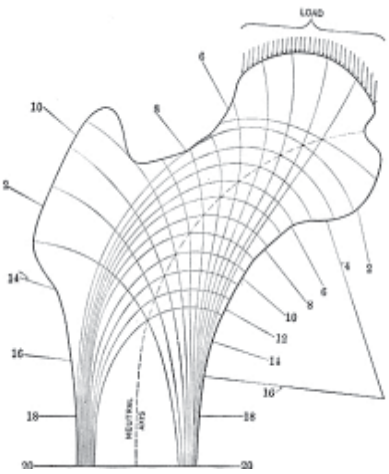
MI FÉMUR, EL MONUMENTO PARISINO MÁS FAMOSO.

Poca gente lo sabe, pero el más grande de mis huesos sirvió de modelo para la torre Eiffel, su estética le debe mucho a un ingeniero de origen suizo, Maurice Koechlin. Empleado por la casa Eiffel, recibió el encargo de calcular la distribución del peso, tarea determinante para decidir su forma definitiva. Se dibujaron y construyeron numerosos armazones siguiendo las líneas donde debían ejercerse las principales fuerzas de tensión y compresión.

En el origen de este principio, conocido hoy en día como estática "gráfica", hayamos a Hermann von Meyer, profesor de anatomía de Zúrich y profesor especialista en estructuras óseas, quien llevaba tiempo preguntándose por la estructura externa y la organización interna, ambas sorprendentes como eficaces del hueso del fémur. Y es que la cabeza de este hueso, que se articula con la pelvis se halla totalmente desplazada con relación al eje principal. Una observación atenta permite distinguir múltiples haces de fibras óseas dispuestas de manera igualmente desconcertante. Así es que el peso del cuerpo queda totalmente en falso.

Sin embargo, el conjunto resulta sorprendentemente sólido. Las innumerables cavidades parecen estar, por su diversidad e irregularidad, en el desorden más completo. De hecho las direcciones medias de esas finas "viguetas" óseas siguen las líneas de fuerzas de tracción y cruzan en ángulo recto las líneas de compresión. Un profesor de matemáticas de la Escuela Politécnica de esa misma ciudad, Karl Culmann, demostró mediante el cálculo que la distribución de estos haces no tenían nada que ver con el azar. Aunque aleatorios, estaban orientados exactamente para tener en cuenta las líneas de fuerza que se ejercen en la materia del hueso. Ese principio fue el origen de numerosas estructuras metálicas ligeras (grúa, puente, etc.). Desde entonces se han trabajado aun más ciertas analogías, y hay grúas que imitan la columna vertebral del hombre. Incluso se ha practicando este procedimiento en la realización de losas de hormigón.





fuente: Giordan, André, Mi cuerpo, la mayor maravilla del mundo, plaza & janés, 2000