

EDITORIAL

Medicina Basada en la Evidencia: su justa medida

La práctica clínica basada en la evidencia se ha definido como la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible. Esta evidencia externa proviene de la investigación clínica relevante fundamentalmente centrada en el cuidado de pacientes.

Frecuentemente, aunque existe evidencia firme para avalar o refutar una práctica, el cambio de conducta entre los profesionales de la salud no se implementa en los tiempos deseables. ¿Por qué? Muchas voces críticas se han levantado destacando que la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) no era nada nuevo pero que podía ser "una innovación peligrosa perpetrada por arrogantes para servir al control de costos y cercenar la libertad de práctica" (1). Las distintas limitaciones derivadas de la misma metodología y diseño de los estudios de investigación podrían afectar la práctica clínica común basada en la experiencia, el paciente individual y los mecanismos fisiopatológicos. Alvan Feinstein, uno de los más destacados y polémicos epidemiólogos del mundo, ha escrito recientemente una ácida crítica hacia la MBE que resalta los aspectos controvertidos de su aplicación y discute la autoridad de las fuentes de información consideradas en la toma de decisiones (2). El artículo discute puntualmente la calidad de los datos utilizados en los estudios, el tipo de análisis, el tipo de pacientes que participa y las distintas conclusiones que se extraen a partir de los resultados.

El diseño metodológico de los estudios muchas veces impone estrictas reglas que terminan limitando, en aras de un estudio impecable, su aplicabilidad clínica. Este conflicto entre la validez interna y externa cuenta con innumerables ejemplos en la literatura en los que las poblaciones estudiadas no incluyen ciertos subgrupos como ancianos, mujeres y grupos étnicos o raciales a los que, de todas maneras, se intenta extrapolar los hallazgos. Una interesante editorial del *British Medical Journal* (3) señala estas dificultades y la necesidad de adaptar los diseños para que incluyan (y no ignoren) la realidad clínica cotidiana y así obtener "Evidencia basada en la Medicina" como prerequisite para la MBE. Los autores sostienen que el estudio de los problemas de la vida real ofrecen substanciales problemas metodológicos y alertan sobre el sesgo que esto puede provocar tanto en los investigadores como en los editores en cuanto al foco y el espectro de los temas que aparecen con mayor frecuencia en la literatura. Indudablemente, diseñar estudios que incluyan todas las variables a considerar en el cuidado de pacientes individuales sería ideal desde el punto de vista epidemiológico pero es imposible desde el punto de vista práctico, y el balance entre validez interna y externa puede inclinarse peligrosamente hacia la generalización de resultados obtenidos a través de métodos no sólidamente fundados.

El grado de evidencia aportado por cada tipo de diseño guarda una estrecha relación con la pregunta que intenta contestar y los métodos utilizados en el desarrollo del estudio particular. El ensayo clínico randomizado y controlado (ECRC) es el paradigma dentro de los distintos diseños ya que es el único que garantiza la distribución balanceada de los factores confundidores entre los grupos, tanto de los conocidos como los desconocidos, a través de la asignación aleatoria de la intervención. Esto es cierto y especialmente útil cuando queremos establecer una relación causal inequívoca entre la intervención y el evento; p.ej., si un determinado tratamiento modifica la morbi-mortalidad de una enfermedad o si una determinada estrategia de rastreo modifica su historia natural. Sin embargo, estos estudios pueden tener limitaciones éticas o económicas y su validez externa puede verse restringida por el tipo de población seleccionada.

La práctica clínica nos enfrenta con innumerables situaciones en las que se toman decisiones y la evidencia disponible para sustentarlas es controvertida o simplemente no existe. Como sostiene D. Naylor (4), "estas costumbres se van transformando y adquirimos tanta confianza en nuestras conductas que llegamos al punto en que es fácil confundir la opinión personal con evidencia y nuestra ignorancia con genuina incertidumbre científica". También es cierto que muchas veces, lo que es blanco o negro en el papel se torna gris al confrontarlo con la práctica y estas brechas de "áreas grises" serían mayores si buscáramos evidencia proveniente de ECRC para la mayoría de nuestras decisiones cotidianas.

A. Feinstein expresa cierta preocupación al referirse a las fuentes de información que alimentan al "nuevo texto electrónico" de la práctica clínica y que algunos defensores de la MBE consideran el "gold standard" como los ECRC y los metaanálisis, y alerta sobre el peligro de una nueva forma de autoritarismo dogmático en el área del conocimiento científico originado esta vez no en la Roma Galénica sino en Oxford.

Los estudios de investigación observacionales o los ECRC no están diseñados para responder preguntas sobre el tratamiento de pacientes individuales. Estos ofrecen una estimación de la eficacia promedio de una intervención al ser comparada con otra o del rango probable de la magnitud de asociación de un factor con un evento determinado. Este "resultado en el paciente promedio" es, para muchos, difícil de trasladar a su práctica porque sus pacientes no son similares a los reportados o la intervención no es reproducible. Es justamente en este punto donde la estrategia global de la MBE adquiere la mayor importancia ya que la evidencia externa obtenida puede informar pero nunca reemplazar el juicio clínico individual y es ese criterio el que finalmente debe prevalecer para decidir como integrar esa información en la toma de decisiones con el paciente.

Utilizar apropiadamente la evidencia disponible nos permite actualizar nuestro conocimiento y trasladarlo a la práctica cuando es aplicable. También permite conocer la indicación (o no indicación) de distintos tratamientos o intervenciones diagnósticas ante determinadas condiciones y diseñar, en base al conocimiento actual, programas de evaluación y control de calidad.

Los potenciales abusos que bajo el nombre de la MBE se pueden cometer nos llevan a alertar sobre la interpretación que puedan hacer sobre esta estrategia los profesionales de la salud o las autoridades gerencadoras o financiadoras de los distintos sistemas; tanto públicos como privados. El temor es que los médicos adopten como dogma los principios de la MBE como única fuente de información e inspiración en detrimento de otros elementos fundamentales que, armónicamente integrados, conforman la práctica clínica. En este aspecto nos referimos a la propia experiencia, al conocimiento de cada realidad sanitaria y a la relación médico paciente, tomando en cuenta las preferencias y necesidades de cada caso en particular. Para las autoridades de los sistemas de salud, la búsqueda de la evidencia no debe servir de pretexto para justificar políticas rígidas de control y reconocimiento económico basadas en la adopción de reglas o guías inflexibles ya que, la mejor evidencia es todavía escasa y si bien es imprescindible, representa sólo una fracción del conocimiento científico.

Dr. Fernando Rubinstein

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires

Referencias

- 1- Sackett D., Rosenberg W, Muir Gray J, et al. Evidence based medicine. What it is and what it isn't. BMJ.1996;312:71-72
- 2- Feinstein A, Horowitz R. Problems in the "Evidence" of "Evidence Based Medicine" Am J Med.1997;103:529-535.
- 3- Knotterus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. BMJ.1997;
- 4- Naylor D. Grey zones of clinical practice:some limits to evidence based medicine. Lancet1995;345:840-842.