



Ensayo y Debate

¿No existe evidencia suficiente?

NILTON YHURI CARREAZO PARIASCA*

En los años 1830, la sangría realizada a los pacientes con neumonía era una práctica frecuente. Pierre Louis, médico francés, tenía dudas del efecto "benéfico" de la sangría, motivo por el cual realizó un estudio observacional; obteniendo que la práctica de dicha intervención terapéutica ¡podía ser mortal! (1). Si bien, la editora del American Journal of Medical Sciences (1836) no dudó en aseverar que dicho estudio "era la primera exposición formal de resultados mediante el único método válido de investigación en relación con el valor terapéutico de los agentes curativos", probablemente Louis no tenía idea del revuelo que iba a causar 150 años más tarde.

La Medicina Basada en Evidencias (o Medicina Basada en Pruebas), desde su formulación en la década pasada ha generado opiniones encontradas: un singular entusiasmo que ha generado cursos en pre y post-grado, seminarios, publicaciones como la Colaboración Cochrane, etc. versus críticas, las cuales van desde que se trata de una "vieja historia" a que es una innovación peligrosa, perpetrada para servir a los recortes de costos y para suprimir la libertad clínica. Definida como el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y actuales pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual (2), la Medi-

cina Basada en Evidencias (MBE) corre actualmente el serio riesgo de convertirse en un "libro de recetas". Ante esta situación, es objetivo del autor presentar un modelo simple de decisión clínica basada en evidencias.

Tal como se aprecia en la Figura 1 (3), un primer esquema de decisión basada en evidencias consideró tres componentes:

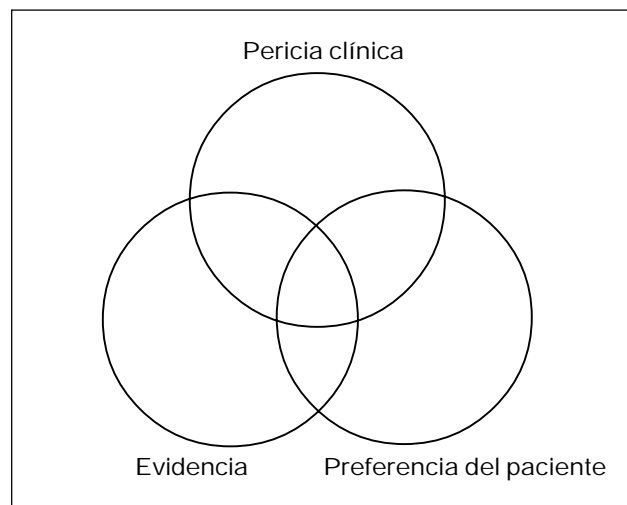


Figura 1. Primer esquema de decisión basada en evidencias.

- Pericia clínica: Las habilidades adquiridas durante la formación universitaria se van perfeccionando a medida que acumulamos más experiencia; la evidencia obtenida a través de una buena búsqueda puede ayudar a per-

* Médico Residente de Pediatría III. UNMSM, Instituto de Salud del Niño.

feccionar esa experiencia, mas no puede hacer la evaluación del paciente. La pericia clínica es el elemento crucial que limita la aplicación irreflexiva de recomendaciones y guías de manejo.

- **Preferencias del paciente:** El paciente siempre ha ejercido su derecho a elegir: buscando segundas opiniones, escogiendo terapias alternativas o adheriéndose o no al tratamiento prescrito. Este componente sumamente importante - particularmente en Pediatría - es muchas veces ignorado por la mayoría de médicos. El padre debe ser informado – en la medida de lo posible – de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto para la dolencia de su menor hijo, trayendo esto como consecuencia la aceptación o no de la intervención terapéutica.
- **Evidencia producto de la investigación:** Los estudios demuestran que la terapia recibida por los pacientes, frecuentemente refleja lo que el médico recuerda más que el mejor tratamiento actual. Se calcula que un médico general necesita leer 19 artículos por día, 365 días al año para mantenerse al corriente de las publicaciones (4). Es por esta razón, que se hace imprescindible “seleccionar” lo que uno lee.

En Abril del 2002, Haynes (5) modifica el esquema inicial. A partir de una nueva definición de MBE: la integración de la mejor evidencia con el juicio clínico y la valoración del paciente* (6); actualiza el gráfico inicial con la inclusión de las acciones del paciente y el estado clínico y circunstancias (Figura 2).

- **Estado clínico y circunstancias:** Las decisiones que tomemos variarán en función de nuestro escenario y circunstancias clínicas. Por ejemplo: un paciente con fibrilación auricular y alto riesgo de sangrado, puede experimentar mayor daño con una terapia anticoagulante; mientras que un paciente con



Figura 2. Modificación del primer esquema de decisión basada en evidencias por Haynes (2002).

alto riesgo de accidente cerebro vascular y bajo riesgo de sangrado, puede obtener sustancial beneficio de dicha terapia. Estas decisiones pueden ser modificadas por circunstancias como: posibilidad de monitorización continua de la anticoagulación. En otras palabras, la decisión no tomará en cuenta únicamente la probada eficacia de la anticoagulación en fibrilación auricular y sus efectos adversos sino también al paciente y sus circunstancias clínicas individuales.

- **Preferencias y acciones del paciente:** Fuera de las preferencias de cada paciente para aceptar un tratamiento A o B, existe la posibilidad que éste cumpla o no el tratamiento (adherencia). Muy pocas veces esta variable es considerada por el médico que prescribe.
- **Evidencia producto de la investigación:** Las revisiones sistemáticas incluyen promedios, derivados de ensayos clínicos controlados. Analizando estos ensayos podemos identificar sub-grupos, tratando de ubicar uno que comparta características con nuestro paciente. Este proceso denominado “personalizar

* Texto original en inglés: “the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values”

la evidencia" a las circunstancias de un paciente específico es un punto fundamental en el desarrollo de la MBE.

- El amplio rol de la pericia clínica: En el nuevo modelo, la pericia clínica cubre e integra a los otros componentes, graficando la importancia vital de este cuarto elemento en la decisión clínica.

Si bien el modelo propuesto presenta ciertas limitaciones para la toma de una buena decisión clínica, al no considerar ciertas variables (rol de las instituciones prestadoras de salud facilitando o limitando los recursos, por ejemplo) es nuestro objetivo que el lector practique una Medicina que integre la pericia clínica, la mejor evidencia disponible y la valoración del paciente individual. La pericia clínica se perfeccionará con la experiencia. La valoración del paciente individual requerirá una evaluación global del escenario clínico, sus preferencias y actitudes. Y aunque muchas veces las revisiones sistemáticas que incluyen ensayos clínicos controlados concluyan con un descorazonador "no existe evidencia suficiente para recomendar la práctica de ..."; es probable que la mejor evidencia disponible que necesitemos provenga de las ciencias básicas (v. g. inmunología,

genética, fisiopatología, etc.); de tal manera que todas nuestras decisiones clínicas pueden y deben estar respaldada por cierto grado de recomendación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rangachari PK. Evidence based-medicine: old French wine with a new Canadian label? *Journal of the Royal Society of Medicine* 1997; 90: 280-4.
2. Sackett D. Rosenberg W. Gray J. Haynes R. Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what isn't? (Editorial) *British Medical Journal* 1996; 312: 71-2.
3. Haynes R. Sackett D. Gray J. Cook D. Guyatt G. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions (Editorial) *ACP Journal Club* 1996; 1: 196.
4. Davidoff F. Haynes B. Sackett D. Smith R. Evidence-based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* 1995; 310: 1085-6.
5. Haynes R. Devereaux P. Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice (Editorial) *ACP Journal Club* 2002; 136.
6. Sackett D. Straus S. Richardson W. Rosenberg W. Haynes R. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
7. Wiebe S. The principles of evidence-based medicine. *Cephalalgia* 2000; 20 (Suppl. 2): 10-13.
8. Maynard A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997; 349: 126-128.

Anexos:

Niveles de evidencia

Grado I	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo clínico randomizado y controlado bien diseñado.
Grado II - 1	Evidencia obtenida a partir de ensayos clínicos no randomizados y bien diseñados.
Grado II - 2	Evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes (2a: prospectivo y 2b: retrospectivo).
Grado II - 3	Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin grupo control. Incluye resultados «dramáticos» producidos por experimentos no controlados (p. ej. Penicilina en los años 40).
Grado III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Grado de recomendación

- A: Existe adecuada evidencia científica para adoptar una práctica.
 B: Existe cierta evidencia para recomendar la práctica.
 C: Hay insuficiente evidencia para recomendar o no recomendar la práctica.
 D: Existe cierta evidencia para no recomendar la práctica.
 E: Existe adecuada evidencia científica para no adoptar la práctica.

Niveles de evidencia

- I, II - 1
 II - 1, II - 2
 III
 II - 1, II - 2
 I, II - 1
-