

## La medicina basada en la evidencia

X. Bonfill

Coordinador de la Colaboración Cochrane española.  
Centre d'Estudis, Programes i Serveis Sanitaris. Fundació Parc Taulí/Consorci Hospitalari del Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Decir que la medicina debe 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"<sup>1</sup>. 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 medicina basada en la evidencia (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<sup>2-16</sup>. Los buenos médicos usan ambas estrategias: sin la primera, la práctica clínica fácilmente se convertiría en una tiranía, pero sin la última queda rápidamente ca-  
duca.

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 de 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 o *audits*.

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<sup>17</sup>, 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 aquella forma de pensar que polariza demasiado entre el paciente al cual se reclama anteponer a cualquier otro planteamiento y la "sociedad", la cual 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 médica actual<sup>18,19</sup>. 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 misma sociedad) está tras él. 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<sup>1,18</sup>.

Para los pacientes, la medicina basada en la evidencia puede suponer 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.

### La Colaboración Cochrane

La Colaboración Cochrane aspira a ser uno de los principales instrumentos de la medicina basada en la evidencia. Su nombre no es ninguna casualidad: Archie Cochrane, médico y epidemiólogo británico (fallecido en 1988) es el autor del libro –por muchas razones todavía insuperado– *Effectiveness and Efficiency: random*

Correspondencia: Dr. X. Bonfill.  
Coordinador de la Colaboración Cochrane española.  
Centre d'Estudis, Programes i Serveis Sanitaris.  
Fundació Parc Taulí/Consorci Hospitalari del Parc Taulí.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona.

Recibido: 29-7-97; aceptado para su publicación: 9-9-97.

*Arch Bronconeumol* 1998; 34:1-3

*reflections on health services*<sup>19</sup>. En una simplificación extrema, el mensaje de Cochrane es el siguiente: no puede aumentarse la eficiencia sin pasar por la eficacia. No se puede, en otras palabras, pensar en aumentar la eficiencia si quienes deben decidir, evaluar o planificar las prestaciones sanitarias no están en condiciones de distinguir aquello eficaz de lo que no lo es. Pensando en cualquiera de las tantas intervenciones ampliamente difundidas en la práctica clínica y nunca sometidas a la evaluación de una rigurosa experimentación controlada, ¿cuántos están (estamos) dispuestos a aceptar su verificación empírica a fin de determinar si la intervención puede dar resultados peores que la no intervención? Incluso *Science*, en un reciente comentario parafraseaba a Cochrane para denunciar la gran paradoja que debe afrontar cualquier reforma del sistema sanitario: “*Los gestores de la sanidad que deseen alentar a los médicos a aplicar las prácticas clínicas con un mejor balance entre coste y beneficio deben afrontar un gran problema: los mismos médicos –por no mencionar a los técnicos ministeriales– frecuentemente no saben cuáles son, entre tantas, las prácticas más eficaces*”<sup>20</sup>. Aunque hace tiempo que unos y otros damos vueltas a esta situación, raramente ha sido enunciada con esta claridad: no conocemos la eficacia real de una gran parte de las prácticas e intervenciones que constituyen la actividad de los sistemas sanitarios y, además, sólo ha sido estudiada la eficacia de una parte de las mismas. Asimismo, una proporción significativa es aplicada inadecuadamente también a causa de un insuficiente esfuerzo de síntesis y de difusión de la información<sup>21</sup>.

Se asume por tanto que no es posible una solución individual al reto de conocer, criticar y sintetizar las evidencias disponibles sobre la eficacia de una determinada práctica clínica. Así, las revisiones ocupan una posición clave en la cadena que tendría que enlazar los resultados de la investigación en un extremo, con unos mejores resultados sanitarios en el otro. Por ello, deben establecerse unos mecanismos que garanticen de manera no episódica que estas revisiones sistemáticas sean: a) realizadas; b) actualizadas periódicamente, y c) divulgadas adecuadamente y dadas a conocer a los potenciales usuarios. En los años ochenta, diversos sectores profesionales y científicos comenzaron a ser sensibles a las críticas de Cochrane y, desde 1993, con el objetivo de responder de una manera global e integradora a los desafíos mencionados, se ha desarrollado la Colaboración Cochrane. La tarea de la Colaboración Cochrane es preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos controlados sobre la atención sanitaria y, cuando este tipo de estudios no está disponible, revisiones de la evidencia más fiable derivada de otras fuentes. Aunque la Colaboración Cochrane está todavía en una etapa temprana de su desarrollo, su estructura básica y los métodos de trabajo ya han quedado establecidos. Se constituyen grupos de revisión a escala mundial y de carácter multidisciplinario, integrados por todas aquellas personas que quieren contribuir a desarrollar revisiones sistemáticas de alto nivel metodológico. Por ejemplo, el Grupo Cochrane de Vías Respiratorias (Cochrane Airways Group) se formó

hace algún tiempo y el equipo editorial (surgido del mismo grupo con la misión de coordinar y supervisar los trabajos de revisión) ya ha incorporado (abril de 1997) algunas revisiones acabadas (p. ej., *Ribavirina para el tratamiento de las infecciones del tracto respiratorio inferior por virus respiratorio sincitial*) y protocolos que darán paso en breve a sus revisiones completas (*Efectividad de los antibióticos en el manejo de la bronquitis aguda*) en la base de datos de revisiones Cochrane. Ésta, junto a otras revisiones e informaciones de interés, se puede consultar a través de la revista electrónica *Cochrane Library*, que se edita cuatro veces al año con nuevas revisiones y las actualizaciones de las anteriores<sup>22</sup>.

El éxito y el entusiasmo que esta iniciativa ha generado ha llevado a un desarrollo muy rápido de la Colaboración, pero es muy complejo transformar un movimiento como éste en una fuerza que sea operativa. Uno de los retos más importantes que existen para desarrollar una medicina basada en la evidencia es el de lograr que los médicos entiendan hasta qué punto necesitan información fiable para tomar sus propias decisiones<sup>23</sup>. Para ello será preciso identificar los mecanismos que se han revelado eficaces para invertir la tendencia actual a utilizar vías informales o poco sistemáticas a la hora de tomar decisiones clínicas. Pero es bueno no olvidar que –como lo aclara el mismo Archie Cochrane– la disponibilidad de evidencias y de revisiones fiables sobre los efectos de prácticas sanitarias específicas, aunque necesarias para guiar las decisiones, representan sólo un requisito a fin de garantizar que, efectivamente, la mejor asistencia sanitaria pueda prestarse. Esto implica, de manera imprescindible, tener en cuenta una serie adicional de factores sociales, políticos y económicos para impulsar, en cada ámbito concreto, la adopción de aquellas formas de asistencia cuya eficacia haya sido demostrada, así como desestimar aquellas que verosíblemente puedan ser más perjudiciales que beneficiosas.

En resumen, podríamos decir que algunos de los problemas más acuciantes de la medicina moderna tienen su origen en la falta de base crítica que ha caracterizado la mayor parte de su historia, agudizándose progresivamente a partir de la masiva y ciega introducción de tecnologías en su práctica y de las más amplias necesidades de la población en materia de salud. Los profesionales disponen de una impresionante fuente de conocimientos y de procedimientos para cumplir sus objetivos, pero se encuentran con que no tienen criterios lo suficientemente válidos para utilizarlos con eficacia y eficiencia. Los recursos requeridos son cada vez mayores y difíciles de conseguir y los resultados obtenidos son mediocres o desconocidos con lo que no nos podemos permitir el lujo de permanecer impasibles.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Boufíl X. El posible papel de la epidemiología clínica en el hospital. *Rev Salud Publ* 1991; 2: 167-184.
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2920-2925.

3. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine. An approach to clinical problem solving. *Br Med J* 1995; 310: 1.122-1.126.
4. Crawley L. Evidence based medicine: a new paradigm for the patient. *JAMA* 1993; 269: 1.253-1.254.
5. Davidoff FF, Maynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. A new journal to help doctors identify the information they need. *Br Med J* 1995; 310: 1.085-1.086.
6. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. I. How to get started. *JAMA* 1993; 270: 2.093-2.095.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993; 270: 1.598-2.601.
8. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. III. How to use an article about diagnostic test. Are the results of the study valid? *JAMA* 1994; 271: 389-391.
9. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. III. How to use an article about diagnostic test. What are the results and they help me in caring for my patients. *JAMA* 1994; 271: 703-707.
10. Levine H, Walter S, Haines T, Holbrook H, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. IV. How to use an article about harm. *JAMA* 1994; 271: 1.615-1.619.
11. Laupacis A, Wells G, Richardson S, Tugwell P, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. V. How to use an article about prognosis. *JAMA* 1994; 272: 234-237.
12. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994; 272: 1.367-1.371.
13. Richardson WS, Detsky AS, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. VII, A. How to use a clinical decision analysis. A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1994; 273: 1.292-1.295.
14. Richardson WS, Detsky AS, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. VII, B. What are the results and will they help me in caring for my patients. *JAMA* 1994; 273: 1.610-1.613.
15. Haynes RB. Loose connections between peer-reviewed clinical journal and clinical practice. *Ann Intern Med* 1990; 113: 724-728.
16. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical experience and the best external evidence. *Br Med J* 1996; 312: 71-72.
17. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical experience and the best external evidence. *Br Med J* 1996; 312: 71-72.
18. Roy DJ. Controlled clinical trials: an ethical imperative. *J Chronic Dis* 1986; 39: 152-159.
19. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections of health services. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
20. Anderson C. Measuring what works in health care. *Science* 1994; 263: 1.080-1.082.
21. Williamson JW, German PS, Weiss R, Skimmer EA, Bowes F. Health science information management and continuing education of physicians. *Ann Int Med* 1989; 110: 151-160.
22. The Cochrane Database of Systematic Reviews, [updated 01 July 1997]. Available in the Cochrane Library [database on disk and CD]. The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update Software; 1997.
23. Smith R. Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence [editorial]. *Br Med J* 1991; 303: 798-799.