

EDITORIAL

Medicina basada en la evidencia en la práctica quirúrgica habitual. ¿Utopía, moda o inevitable exigencia actual?

Hace sólo algunos meses se publicó en nuestra revista el artículo "Medicina Basada en la Evidencia. Conceptos generales y razones para su aplicación en cirugía", en el cual después de hacer una breve reseña histórica sobre la práctica de la medicina basada en la evidencia (MBE), se resumió entre otros conceptos, qué es y qué no es MBE, nociones generales acerca de los niveles de evidencia, se desarrollaron algunos ejemplos de cómo aplicar estas nociones en la práctica clínica cotidiana, para terminar con algunas ideas del porqué los cirujanos no debíamos quedar al margen de esta corriente, cómo practicarla, cómo sistematizar nuestra práctica quirúrgica basada en evidencias, y cuáles serían las ventajas de practicar una cirugía basada en la evidencia.

Con base en la convicción de estar tras una visión correcta del cómo debemos enfrentar nuestro quehacer médico y quirúrgico, la que se ha ido plasmando en el tiempo con la realización de diversas actividades tendientes a su fomento dentro de nuestra sociedad, como el curso "introducción a la metodología de la investigación", dictado en el LXXIII Congreso Chileno e Internacional de Cirugía realizado en Pucón; la conferencia "Aspectos generales de la cirugía basada en la evidencia" desarrollada la Sesión Nº 867 de la Sociedad de Cirujanos de Chile, en Santiago, en Julio de 2001; la publicación en nuestra revista de una serie de artículos referentes a metodología y diseños de investigación durante los años 2001 y 2002; y las conferencias dictadas por nuestro grupo de trabajo en el marco del curso oficial del LXXV Congreso Chileno e Internacional de Cirugía, realizado en Pucón "Elección de la terapéutica basada en la evidencia"; es que una vez más me atrevo a escribir algunas líneas en las que me referiré a otras ideas relacionadas con la MBE, tendientes a reforzar aún más los conceptos anteriormente emitidos.

De la definición de Sackett, se desprende que la práctica de la MBE, pretende en esencia, que todas las decisiones sobre diagnóstico, riesgo pronóstico y terapéutica estén basadas en evidencias numéricas sólidas derivadas de la mejor investigación clínico-epidemiológica posible; y al mismo tiempo, nos previene contra la toma de decisiones basadas sólo en la propia experiencia; es decir constituye una amalgama perfecta entre la "habilidad clínica personal" y "la mejor evidencia externa disponible a partir de la investigación sistemática". Por ende y si atendiésemos a este nuevo paradigma, los cirujanos deberíamos actuar en el mismo sentido, basando la toma de nuestras decisiones clínicas en evidencias sólidas y concretas. Y esto, para nosotros no debería representar un gran problema, debido a que nuestra forma de ser y actuar suele apegarse a hechos concretos, pues en términos generales nadie diagnostica una enfermedad sin cierto grado de certeza, como tampoco intervenimos pacientes por "mera tincada"; y si bien es cierto que ocasionalmente es la experiencia la que nos hace actuar de una u otra forma, no menos cierto es que la experiencia forma parte fundamental de esta forma de hacer medicina: "amalgama perfecta entre el buen juicio clínico y la mejor evidencia científica disponible".

La práctica médica evoluciona vertiginosamente y la literatura especializada es cada vez más numerosa y de mayor complejidad metodológica. A modo de ejemplo, se puede mencionar que en la década de los 60, los ensayos clínicos aleatorios (1^{er} nivel de evidencia en lo que a terapia respecta), eran una excepción en las revistas médicas, a principios de la década de los 80, representaban un 4% de las publicaciones y al año 2002 constituyeron el 12%. Es así como desde el punto de vista de la terapia, en la actualidad ningún medicamento debería ser utilizado en clínica sin haber demostrado su eficacia a través

de un ensayo clínico, hecho que también debiera ser universalmente aceptado para la aplicación de nuevas pruebas diagnósticas y técnicas quirúrgicas; sin embargo, en relación a estos dos últimos puntos, aún no hay plena convicción, entre otras cosas porque en parte nos atañe a los cirujanos, quienes aún no hemos incorporado esta concepción de demostrar en forma apropiada y con la mejor evidencia disponible que una forma de diagnóstico y/o de terapia es realmente mejor que la anteriormente utilizada, o “al menos equivalente”, pero quizás con menos efectos adversos, o incluso más económica.

A la innovación metodológica le ha seguido una verdadera metamorfosis en lo que a la enseñanza en salud se refiere. Esta, se basa cada día más en la “solución de problemas en diversos escenarios” (donde los alumnos juegan un rol fundamental como investigadores y los docentes como guías de su proceso cognitivo), y cada vez menos en las “conferencias magistrales” (donde los alumnos son entes pasivos que luego se limitan a recitar lo que el profesor les bien o mal transmitió, o peor aún de lo que creyeron entender, a veces después de una hora de aburridos monólogos en que después de quince minutos la mitad del auditorio tiene su mente en la galaxia vecina).

Por otra parte, cada vez existe mayor demanda de cursos diseñados a enseñar a los médicos y otros profesionales de la salud, a utilizar de forma más efectiva la información disponible para aplicarla a sus pacientes. Esto dado evidentemente por el “bombardeo de información” del que somos víctimas en la Internet, las revistas científicas, los medios de prensa, etc. Es así, como nuestro programa de Magíster en Epidemiología Clínica ha ido incrementando año tras año su matrícula, y en él hemos y estamos formando en el ámbito de la MBE a distintos profesionales de la salud desde Arica a Coyhaique, y también a otros, provenientes de diversos países de Latinoamérica y el Caribe.

Por todo lo anteriormente expuesto, desde los puntos de vista, evolución de la práctica médica, enseñanza en salud y educación médica, parece ser que estamos asistiendo a un cambio de paradigma en salud. Y ya que al parecer nos enfrentamos a un cambio de paradigma en salud, parece conveniente hacer un somero análisis del paradigma actual, para luego discutir aspectos del que poco a poco se ha venido diseminando entre nosotros.

El paradigma sanitario actual, se basa en que en la práctica clínica de las observaciones (fruto de la experiencia clínica y por ende no sistemáticas) constituye una forma válida de construir y mantener nuestros conocimientos; que el conocimiento de los mecanismos básicos de las enfermedades son una guía suficiente para la práctica clínica; que el mero “sentido común” nos capacita para evaluar pruebas diagnósticas y formas de terapia; y, que la opinión de expertos junto a la experiencia individual constituyen acervo suficiente para la práctica clínica cotidiana. Por ello, según esta forma de ver y hacer las cosas, los colegas suelen estudiar y resolver sus dudas mediante la lectura de revisiones de temas (escritas por expertos, y que tienen la ventaja de constituir muchas veces una verdadera receta de cocina o de “cómo lo hago yo”, que también muchas veces es absolutamente equidistante del “cómo realmente lo puedo hacer yo”, ya sea por recursos físicos, humanos, u otros); de textos (algunos incluso tan antiguos, que pueden recomendar prácticas obsoletas hace años); solamente a través de la “Introducción” y “Discusión” de un artículo publicado, pues constituyen un verdadero resumen del problema, sin embargo, la metodología empleada y los resultados obtenidos, que constituyen los capítulos más relevantes del artículo, son considerados como secundarios e incluso “latosos” según la complejidad de la terminología utilizada, el número y tipo de tablas y gráficos empleados, etc. Es impresionante como nuestros congresos y revistas están abarrotados de nuevas técnicas y variantes de éstas, ya sean diagnósticas como terapéuticas; pero rara vez se analiza el rigor metodológico del trabajo en cuestión, la validez y reproducibilidad de sus resultados, y por ende su real aplicabilidad.

El paradigma propuesto, se basa en la práctica clínica del registro sistemático, reproducible, e idealmente carente de sesgos de las observaciones clínicas, *apoyados* en lo que se ha denominado “instinto clínico” (fundamental en la pericia del médico); en aceptar que la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad es importante en el quehacer médico, pero que algunos principios básicos pueden ser o estar errados y por ende generar interpretaciones equívocas en la aplicación de una prueba diagnóstica o en la eficacia de alguna terapia; y, en que es fundamental poseer conocimientos sobre las evidencias para poder de esta forma interpretar correctamente la literatura científica. Así, según este modelo, los colegas estudiarán y resolverán sus dudas mediante la lectura de artículos originales (con especial énfasis en cierto tipo de diseños, como los meta-análisis y ensayos clínicos); considerar útil lo escrito en textos clásicos, pero al mismo tiempo asumir una conducta crítica con esta información; leer y ser capaces de valorar en forma crítica las secciones “Material y método” y “Resultados” de un artículo, pues constituyen los capítulos más relevantes (nos permiten formarnos un juicio sobre la validez y reproducibilidad de los resultados obteni-

dos); buscar individualmente las evidencias disponibles y, posteriormente, evaluar la credibilidad de las opiniones de los expertos (lo que no supone rechazar la vasta experiencia de colegas y profesores, sino más bien darle su justo valor, el que muchas veces podrá ser inobjetable). En resumen, estar siempre dispuestos a poner en duda lo que parece ser verdad, objetivo último de todo científico. ¿O es que acaso los cirujanos no somos científicos?

A pesar que el cambio de paradigma parece un hecho, pues muchas especialidades a excepción de las quirúrgicas, ya lo han ido adoptado en el curso de los últimos 15 a 20 años, muchos clínicos, pero especialmente los cirujanos, suelen oponerse a la MBE en la práctica quirúrgica debido a la sensación de amenaza frente a lo desconocido, pues los conceptos de MBE pueden resultar difíciles de aceptar, en especial para aquellos a quienes cuesta introducir cambios en sus modos de practicar y enseñar la medicina. Otras razones que conspiran con el deseo de practicar la MBE son la inaccesibilidad a la literatura relevante, en especial si carecemos de bibliotecas de calidad; carencia de la tecnología informática necesaria para la realización de búsquedas bibliográficas en forma apropiada, especialmente en Regiones, y en ausencia de una Universidad adosada al centro sanitario; y, que es un hecho cada vez más patente, que las restricciones económicas pueden competir con las evidencias en la toma de las decisiones clínicas.

La valoración crítica de la información requiere tiempo y esfuerzo personal y en términos generales a los cirujanos nos gusta obtener respuestas simples y rápidas a nuestros problemas. Un ejemplo claro de esta idea, es la carencia absoluta de una pregunta como actividad inicial de cualquier valoración crítica, sea ésta de una nueva tecnología, terapia, información científica, etc. Pues, desde el momento en que nuestro punto de partida sea una pregunta, normalmente existirá una respuesta. El problema es que tan dispuestos estamos a buscarla y de cuánto tiempo disponemos para hacerlo. La recompensa... sentir que lo que encontramos tiene una base sólida... tiene *evidencia*.

Dr. CARLOS MANTEROLA DELGADO