



ARTÍCULO DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: HABRÁ CONSEGUIDO VISA DE ENTRADA Y DE RESIDENCIA EN EL SALVADOR?

Dra. Virginia Rodríguez Funes, FACS
Representante Cochrane-IHCAI-Colegio Médico El Salvador

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actualmente disponible para tomar decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa actualmente disponible que se ha originado a partir de una investigación sistemática [1]. Así la definieron sus denominadores, el Dr. David Sackett y el Dr. Gordon Guyatt de la Universidad de Hamilton, Ontario, allá por 1992.

Uno de los precursores de la MBE de forma indirecta fue el Dr. Archie L. Cochrane, quien en su libro publicado en 1971, llamado “Efectividad y Eficiencia: Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios” había hecho el siguiente señalamiento: “Es seguramente una gran crítica a nuestra profesión que no haya organizado un resumen crítico, por especialidades o subespecialidades, adaptado periódicamente, de todos los Ensayos clínicos aleatorios controlados relevantes” [1].

La MBE nació de la necesidad de mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes ofreciéndoles aquellos tratamientos y métodos diagnósticos que han demostrado, a través de una investigación adecuada con un buen diseño y alto poder, ser buenos para curar a los pacientes, o por lo menos mejorar su calidad de vida, con mucha seguridad y eventos adversos lo suficientemente mínimos, que puedan declinar la balanza riesgo-beneficio; al mismo tiempo hacer un uso racional de los recursos, no usando aquellos que no han demostrado ser eficaces y que muchas veces compramos o hacemos comprar a los pacientes, influenciados por la presión de las compañías distribuidoras que saturan a los médicos con publicidad no científica.

En la denominada “medicina tradicional”, tenemos respuesta a alrededor de un 60% de las interrogantes terapéuticas y diagnósticas de los pacientes, por lo que hay necesidad de continuar investigando para contestárnoslas. Pero estas investigaciones deben ser realizadas con diseños y poder estadístico adecuado para que los resultados, las interpretaciones y las conclusiones obtenidas, sean lo suficientemente cerca de la verdad, de forma que en nuestra práctica clínica podamos tener la respuesta a las necesidades de nuestros pacientes. La MBE lo que promueve es que

busquemos las respuestas a nuestras inquietudes en los resultados de investigaciones sistemáticas y no de intuiciones, corazonadas, experiencias recogidas no de forma sistemática, tradiciones, con el fin de dar a nuestros pacientes tratamientos científicamente fundamentados.

Para poder valorar también la calidad de los resultados obtenidos, hay que saber evaluar a partir de que tipo de diseño de investigación fueron generados, para poder saber que si el estudio tuvo muchos sesgos, errores y confusiones, los resultados deben ser tomados con mucha precaución. Y es por eso que a partir de la capacidad de controlar los sesgos, los errores estadísticos y los factores de confusión, se ha creado la pirámide jerárquica de los diseños de estudio, que son la base para la clasificación de los niveles de evidencia. Ver figura 1.



Figura 1. Jerarquía de los estudios para terapéutica¹.

A simple vista parecería que no habrían opositores al cambio de paradigma tan importante para el bienestar de los pacientes y de los sistemas de salud, como es el fundamentar las decisiones que tomamos con los pacientes con pruebas o evidencias científicas. Ha habido muchos seguidores a nivel internacional de la MBE que han ido facilitando el aprendizaje de la misma a todos los profesionales de la salud que desean adherirse a ella, y es así como tenemos los esfuerzos de la Colaboración Cochrane, Oxford, McMaster, del British Medical Journal, sin mencionar la mayoría de las Asociaciones Médicas, como el Colegio Americano de Medicina y Cirugía.

La MBE llegó a El Salvador en el año 2001, a través de cuatro médicos que laboraban en distintas instituciones de salud, 3 de ellos fueron formados en la Universidad Javeriana de Colombia patrocinados por casas farmacéuticas, y otro de forma personal asistió al curso convocado por la Sociedad Guatemalteca de Cirugía y realizado por la Universidad Francisco Marroquín con docentes de la Universidad de Illinois. Este último curso tenía como objetivo último, formar instructores comprometidos a diseminar la MBE en los países de los asistentes al curso. Posteriormente han habido otros colegas formados y hasta asociaciones de especialistas que han intentado promover la MBE en su ámbito interno.

Introducir la MBE en El Salvador ha tenido muchas dificultades, y si se realizara una evaluación general a nivel de los médicos salvadoreños en general, tal vez habrá progresado en un 15% como mucho a nivel de las instituciones sanitarias, y un porcentaje mas bajo a nivel de las universidades como parte de la curricula formal, como apoyo a la enseñanza o como una herramienta más para el médico en formación.

Las dificultades en la introducción de la MBE de forma generalizada al gremio médico del país han sido multiples, entre ellas:

1. que la diseminación ha sido más por iniciativa individual, y no institucional, lo que compromete tiempo y falta de financiamiento para el que desea instruir.
2. Que la diseminación ha sido más por iniciativa del instructor que por el que necesita ser instruido, lo que hace más difícil la adquisición de las habilidades porque no hay actitud de parte del receptor.
3. Que la mayor parte de Facultades de Medicina no inculcan en el alumno el deseo de la lectura, teniendo bibliotecas llenas de libros de texto de las mismas ediciones y pocas revistas indexadas.
4. El sistema de enseñanza universitario es todavía en su mayoría de forma vertical y autoritario, que no motiva al estudiante al cuestionamiento de lo que se le presenta, ni a complementar el conocimiento dado por el profesor.
5. Que las universidades no enseñan a los alumnos la dinámica de creación del conocimiento generalizable para hacer avanzar la ciencia, ni enseña a hacer investigación clínica, siendo el único contacto con la investigación, sus tesis doctorales.
6. Las instituciones hospitalarias contratan a los médicos por horas, lo que los hace “médicos taxistas”, sin tiempo para la lectura, sin permisos para asistir a formación continua, creando una cultura de acumulación sistemática de experiencias, que es la enseñanza transmitida a los médicos nuevos y a los residentes.
7. La falta de familiaridad de los médicos con las bibliotecas virtuales disponibles en Internet.

8. Rechazo al cambio a lo “nuevo”, ya que requiere nuevos aprendizajes. Cuando se comenzó a mencionar el término “Medicina Basada en la Evidencia” en el año 2001, la mayoría de los médicos de staff en general no querían participar en los talleres de formación a los que se les invitaba. A medida que fue pasando el tiempo, y cuando acudían a congresos o al tener acceso a la literatura comenzaron a ver dicho término mencionado. Con el pasar del tiempo se observó lo siguiente: de una investigación cualitativa, descriptiva, transversal, basada en encuesta, se obtuvo los siguientes resultados:

El 96.2% (75 médicos) de los médicos encuestados estaban de acuerdo con que el médico debe actualizarse. El método que mas utilizan los médicos especialistas para actualizarse son la lectura de libros actualizados en inglés de la especialidad en un 78.2%, seguido por asistencia a Congresos Nacionales en un 66.7% de casos.

Los especialistas de medicina y los internistas, son los que mostraron utilizar la estrategia de los libros de texto para su actualización con un 85% y 83.33% respectivamente. Y los que mas utilizan la lectura de artículos originales, son los especialistas de medicina con un 66.66%, seguido por los cirujanos generales en un 42.85% de casos. Los que menos utilizan la lectura de artículos originales fueron los especialistas de las áreas quirúrgicas en un 19.35%. Ver tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de actualización del personal médico encuestado.

Estrategia	Numero absoluto	Porcentaje
Libros de texto actualizados en inglés	61	78.2
Libros de texto actualizados en español	45	57.7
Artículos originales	25	32.1
Artículos dados por los laboratorios farmacéuticos	15	19.2
Asistencia a congresos nacionales	52	66.7
Asistencia a congresos internacionales	49	62.8
Navegar libremente por la web con cualquier motor de búsqueda	39	50
PubMed	28	35.9
Hinari	27	34.6
Sitios web de las especialidades	38	48.7

Fuente: datos obtenido de la encuesta realizada por la autora, 2006.

En las especialidades médicas y cirugía, y especialidades quirúrgicas, los médicos de mas de 15 años de graduación fueron los que mas utilizan los libros de texto para actualizarse y asistencia a congresos internacionales, pero igualmente es el grupo que más lee artículos originales. Ver tabla 2 y 3.

Tabla 2. Estrategias de actualización, lectura de libros de texto, años de graduación.

Años de graduación	se actualizan en libros de texto en inglés		Total
	Si	No	
1 a 5	10	4	14
5 a 10	8	4	12
10 a 15	13	3	16
Mas de 15	30	6	36
Total	61	17	78

Fuente: datos obtenido de la encuesta realizada por la autora, 2006.

Tabla 3. Estrategia de actualización, lectura de artículos originales por especialidad.

Especialidad	Leen artículos originales	No leen artículos originales	Total
Medicina interna	4	2	6
Especialidad MI	6	14	20
Cirugía General	9	12	21
Especialidad cirugía	6	25	31
Total	25	53	78

Fuente: datos obtenido de la encuesta realizada por la autora, 2006.

Para la toma de decisiones en casos difíciles o de poca frecuencia, el 71.8% de los encuestados utilizaban los tres recursos mencionados: experiencia personal, literatura y consulta con un colega. Esta consulta en la literatura, el 78.20% lo realizaban en libros de texto

actualizados, el 42.30% lo complementaba con artículos originales.

Para dar una conferencia académica, el 61.53% de encuestados complementaba el uso de libros de texto actualizados con artículos originales.

El 88.45% (69) de los médicos habían oído hablar de Medicina Basada en la evidencia, y solo el 50% (39) se habían capacitado en la misma. Ver tabla 4. Y de estos el 94% (37), decían utilizarlo en sus pacientes, institucionales y privados.

Tabla 4. Distribución por especialidad, oído de MBE y capacitación.

Especialidad	Oído de MBE	Capacitado	No capacitado	No contesta	Total
Medicina interna	5	5	1	0	6
Especialidad MI	12	12	7	1	20
Cirugía general	15	15	6	0	21
Especialidad cirugía	7	7	21	3	31
Total	39	25	22	4	78

Fuente: datos obtenido de la encuesta realizada por la autora, 2006.

Opinando sobre las guías de práctica clínica (GPC), el 85.8% (67) dieron una respuesta favorable de ellas en relación a que mejorarían el desempeño del clínico. El 39.7% opinaban que pueden colaborar en hacerlas.

El 66.7% (52) opinaban que es normal que hayan variaciones en la práctica médica, ya que cada quien se desenvuelve según la escuela que lo formó y su forma personal de hacer las cosas, y se consideró que la experiencia personal era la variante mas determinante en la forma de ejercer su práctica en el 61.52% de médicos (32). De estos 32 entrevistados que mencionaron la variante de experiencia, 6 de ellos mencionaron que también se debía a la escuela en que se formaron. Del resto, 2 mencionaron que nadie tiene la verdad absoluta, otros 2 dijeron que la diversidad de opiniones favorecen a los pacientes, 1 mencionó que hay unos clínicos que tiene mejor criterio clínico como una cualidad personal y el resto, el 28.84% (15) que se debe a la diversidad de pacientes.

Haciendo una interpretación de los resultados, observamos que muchos clínicos actualmente dicen “saber” o “estar capacitados” en Medicina Basada en la evidencia, pero observamos que desconocen los principios básicos de la misma:

- Que se debe aplicar al paciente y no solo es para el discurso.
- Que la evidencia científica se encuentra o esta publicada en los artículos originales de las revistas indexadas, y no en los libros de texto.
- Que la MBE ha nacido con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, ya que la VPC causa inequidad e injusticia en el manejo de los pacientes.
- Que las GPC son un efecto práctico colectivo de la MBE.

Por lo tanto hemos llegado al momento que el término ha sido absorbido en el discurso de los clínicos, pero no así en la práctica, y con eso mostramos una MBE teórica con una praxis convencional. Se habla de evidencia desconociendo el verdadero significado de evidencia en el contexto de la MBE.

Esto dificulta mas la enseñanza, porque hay una asunción de poseer el conocimiento.

9. La pobreza en general en el área de salud, que ha impactado en:
 - falta de bibliotecas reales y virtuales en las instituciones de enseñanza de la medicina y disciplinas asociadas.
 - La forma de contratación de los docentes universitarios, donde no se le da seguimiento a la actualización de estos en su área ni a la investigación.
 - La dificultad para el médico de obtener una educación formal fuera de las fronteras patrias, ya que es para muchos económicamente inaccesible, lo que promueve el pensamiento que “aquí lo estamos haciendo bien” y no ser comparativos y competitivos (benchmarking).
 - La dificultad para el médico en obtener formación continua, ya sea esta, a través de suscripción a revistas, la cual tiene un costo relativamente alto para nuestros ingresos, la asistencia a congresos internacionales y a cursos de formación continua, y en el país no esta instaurado ningún sistema de recertificación que incentive a los médicos a seguir su formación durante toda su vida.
 - La apatía de las instituciones prestadoras de servicio de salud en proporcionar a los médicos con las facilidades para actualizarse. Por ejemplo, debido a los índices macroeconómicos del país que muestran un PIB arriba de 2,000 USD, el HINARI nos ha clasificado como de mediano-bajo ingreso y debemos pagar 1,000 USD anuales para poder contar con la suscripción², pero aparte del ISSS y de la Universidad Evangélica, ningún otra institución se suscribe, haciendo que los interesados tengamos que solicitar “prestado” la

clave de esas instituciones para poder acceder a una biblioteca virtual formal.

Todos estos obstáculos son superables, como todos los demás a los que los salvadoreños nos hemos enfrentado de forma histórica, pero se necesita lo siguiente:

1. Ser lo suficientemente humilde académicamente hablando, para aceptar aprender las habilidades necesarias que requiere la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia, la cual no es una característica individual, sino un conocimiento adquirible.
2. Tener la voluntad de dedicarle tiempo al aprendizaje y darle continuidad a las habilidades adquiridas.
3. Ser abierto al cambio: estar decidido y convencido de que la mejor manera de tratar a los pacientes es con conocimientos basados en evidencias científicas, y que para algunos tratamientos tenemos bases débiles y que tenemos que usarlas con cautela, y no basarnos en “comentarios”, “intuición” u otro tipo de proveniencia del conocimiento.

El pueblo salvadoreño se merece una mejor atención en salud, hagamos por el momento lo que está a nuestro alcance, poniendo a su disposición el mejor conocimiento científico actualmente disponible.

REFERENCIAS.

¹ <http://www.cebm.net>. Centro Oxford

² <http://www.healthinternet.net>