

Nuestra experiencia frente a la Medicina Basada en la Evidencia: ¿en qué estamos? ¿hacia dónde vamos?

Dr. Ricardo Londoño G.,
Epidemiólogo. Capítulo de Columna.

A propósito de los trabajos de investigación, conferencias, cursos y congresos que realiza nuestra sociedad, es importante comentar las múltiples y muy diferentes reacciones que genera la exigencia creada por el medio, de poseer una metodología de investigación adecuada, así como el advenimiento de la "Medicina Basada en la Evidencia" (MBE).

La presentación de los trabajos libres o de ingreso a la SCCOT enfrenta al médico a la posibilidad del rechazo de algunos de ellos para su presentación, situación ante la cual el autor suele suponer que las posibles razones de la objeción obedecen a falencias en cuanto a la inclusión de un reducido número de casos, escasa relevancia de la técnica quirúrgica, o poca novedad del tema presentado. Sin embargo, lejos de la realidad están quienes piensan de esta manera, ya que un punto es el contenido científico, y otro diferente, la forma como éste se presenta.

De manera usual, al efectuar la evaluación y correcciones de un trabajo, se busca revisar que el contenido científico esté soportado con una buena metodología, un diseño epidemiológico que coincida con la información que se presenta, y hallazgos acordes al diseño y a la información obtenida. Si los anteriores requisitos no se cumplen, se corre el riesgo de obtener conclusiones falsas, o de comprobar hipótesis que van más allá de los resultados reales.

Derivado de lo anterior, en el momento que decidimos evaluar, cuantificar y compartir nuestra experiencia sin hacerlo bajo la metodología adecuada, exponemos nuestros aportes a serios cuestionamientos, e incluso, a que pierdan la importancia real que merecen.

En este contexto, es relevante considerar el tema de Medicina Basada en la Evidencia, el cual, con frecuencia, genera comentarios alusivos a la "Medicina Basada en la Invidencia", o "la MBE me produce prurito" e incluso "la MBE es practicada por un grupo de médicos dedicados a invalidar la muy importante experiencia adquirida por el especialista a través de los años, bajo la premisa que esto no es evidencia".

Lo que se ha logrado con estas interpretaciones es generar un desestímulo para la investigación, la presentación de conferencias y la publicación de nuestra muy importante experiencia clínica. Según D. Sackett: "la práctica de la MBE, significa la integración de la EXPERIENCIA del CLÍNICO, con la mejor EVIDENCIA generada por la investigación científica disponible".

Como vemos, esta definición no solamente reconoce la importancia de la experiencia del clínico, pero también aclara que sin ésta, no sería posible practicar la MBE. Sin experiencia, la evidencia clínica externa puede ser insuficiente o inadecuada, ya que no siempre es aplicable o extrapolable a un paciente individual o a un ambiente clínico determinado.

Además de considerarse como evidencia, la experiencia clínica también permite evaluar los riesgos y beneficios de una conducta determinada, así como contemplar las expectativas y preferencias del paciente.

La EVIDENCIA clínica externa (como literatura médica, artículos, revistas etcétera), constituye otro punto que genera rechazo. Aunque no se quiera admitir, si no se recurre a estas fuentes, es fácil caer en la rápida desactualización, o lo que es peor, practicar bajo el amparo de una experiencia limitada o con la apreciación que nuestra práctica es la correcta, cuando en muchas ocasiones ni siquiera nos hemos tomado el trabajo de evaluarla de manera adecuada.

Según Sacker y colaboradores, la evidencia se califica de acuerdo a la calidad de la misma, siendo el Nivel I, la mejor y el Nivel IV la de menor valor (tabla).

De acuerdo a esta calificación, se podría pensar que la experiencia clínica no tiene un valor importante por que se encuentra en el último nivel. Sin embargo, cabe recordar que "el estado actual del arte" de nuestra especialidad, ha sido construido en su mayoría por la publicación de la experiencia de muchos de nuestros profesores (estudios observacionales, descriptivos, tipo serie de casos -

Tabla. Niveles de evidencia, según Sacker y colaboradores

• Nivel I: Experimento clínico aleatorio, con control adecuado de errores y meta-análisis de calidad, con estudios homogéneos.
• Nivel II: Experimento clínico aleatorio, sin control adecuado de errores y meta-análisis con estudios no homogéneos.
• Nivel III: 1: Experimento clínico controlado, pero no aleatorio. 2: Estudios de casos y controles o de cohortes. 3: Estudios de cohortes con controles históricos o series de tiempo (estudios de antes y después).
• Nivel IV: Opinión de autoridades respetadas, experiencia clínica no cuantificada, informes de comité de expertos o series de casos.

sin importar si éstos son 2, 4, 10 ó 500-), y que gracias a ello se ha desarrollado gran parte de nuestra especialidad.

Lo lógico y lo adecuado, es tomar una decisión terapéutica apoyados en la MEJOR EVIDENCIA POSIBLE, que de acuerdo a la calificación mostrada anteriormente, está dada por los resultados de los experimentos clínicos aleatorios, revisiones sistemáticas, meta-análisis e incluso por estudios analíticos tipo casos y controles o cohortes.

Sin embargo, esta situación no es la más frecuente, ya que tan sólo en cerca de 20% de los trabajos de investigación entre nosotros los ortopedistas, se observa un alto grado de evidencia. Entre los factores responsables de la difícil realización de estudios con evidencia alta, se cuenta el hecho que en las especialidades quirúrgicas es difícil encontrar una patología con características iguales, pacientes demográficamente parecidos, cirujanos que reali-

cen la técnica quirúrgica de forma semejante, y publicaciones que busquen contestar una misma pregunta.

Conclusiones

- Los buenos médicos combinan la experiencia clínica individual, con la mejor evidencia externa posible.
- Nuestra experiencia es de gran relevancia, independiente del número de casos que tengamos; lo importante es que la conozcamos y publiquemos con la metodología adecuada, ya que también constituye evidencia.
- En la medida en que aumentemos el conocimiento sobre los diferentes diseños de los estudios epidemiológicos, la metodología de la investigación y la interpretación de la literatura biomédica, mejoraremos la calidad de nuestros conocimientos y de nuestras investigaciones.
- Tras lograr lo anterior, será posible entender que el verdadero problema no está representado por la MBE, pero sí por nuestra dificultad para identificar la evidencia, sus ventajas y sus limitaciones.
- El hecho que la ortopedia no cuente con un porcentaje de evidencia alta, no quiere decir que la existente no sirva o no deba ser tenida en cuenta.
- Dentro del alcance de las posibilidades, debemos orientar nuestro futuro a buscar nuevas y mejores evidencias (calidad de los trabajos de investigación).

Bibliografía

1. Blanco JH., Maya JM. Fundamentos de Salud Pública. Tomo III Epidemiología Básica y Principios de Investigación. Primera Edición. 1999.
2. Day R. Cómo Escribir y Publicar Trabajos Científicos. 2a Edición. 1996.
3. Londoño JL. Metodología de la Investigación Epidemiológica. Editorial de la Universidad de Antioquia. 1996.
4. Fletcher RH., Fletcher SW. Epidemiología Clínica. Aspectos Fundamentales. 2a Ed. Masson-Williams y Wilkins. 1998
5. Riegelman R., Hirsch R. Cómo Estudiar un Estudio y Probar una Prueba: Lectura Crítica de la Literatura Médica. 2a Ed. Washington, DC; OPS. 1995.
6. Sackett D.L., Richardson, WS Rosenberg W y Haynes RB. Evidence Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.