

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

METODOLOGÍA DE LAS REVISIONES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dres. Carlos A. Delfino, Graciela Caccia

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue definida por David Sackett como el uso consciente y juicioso de la mejor evidencia actual, cuando se la aplica para tomar decisiones en la atención de un paciente¹.

En la práctica la MBE implica integrar la experiencia clínica individual, que es la habilidad, discernimiento y buen juicio que el médico ha adquirido en el transcurso de su práctica clínica con la mejor evidencia externa disponible proveniente de la investigación científica que alude a disponer de los datos de las investigaciones más relevantes que aseguran el valor real de los procedimientos diagnósticos así como la eficacia y seguridad de las terapéuticas.

Si no se tiene experiencia clínica, la práctica está solamente basada en la evidencia externa y el riesgo es que el tratamiento elegido sea inaplicable o inapropiado para un determinado paciente. Pero al contrario, si se tiene experiencia clínica pero la evidencia externa no es la mejor, la práctica inapropiada también podría perjudicar al paciente.

La MBE se fundamenta en tres puntos esenciales:

1. los pacientes obtendrían los mejores resultados terapéuticos cuando son tratados de acuerdo a protocolos que posean la mayor efectividad.

2. la realización de estudios aleatorizados de investigación como elemento fundamental en determinar la evidencia si un nuevo abordaje diagnóstico, terapéutico o de seguimiento es mejor, igual o peor que el utilizado como estándar hasta ese momento.

3. la utilización de la metodología de la revisión sistemática, la cual es esencial para entender la real evidencia de una intervención terapéutica.

En el desarrollo de medicina basada en la evidencia se utiliza como herramienta fundamental la revisión sistemática^{2,3}, la que una vez concluida va seguida de la elaboración de guías diagnósticas o terapéuticas⁴.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Se publican anualmente en la literatura biomédica más de 1 millón de artículos en más de 26 mil publicaciones científicas. A través de la exploración crítica, evaluación y síntesis es necesario separar las publicaciones poco firmes, poco razonables y redundantes de los salientes y criteriosos estudios que son dignos de reflexión^{5,6}.

La revisión sistemática aunque ardua y que requiere largo tiempo es una eficiente técnica científica,

que es menos costosa que un nuevo estudio^{7,8}. Una revisión sistemática continua puede acortar el tiempo entre el descubrimiento de una nueva evidencia y su implementación clínica.

La generalización de los hallazgos científicos, por la diversidad de la múltiple revisión de los estudios provee un contexto interpretativo no disponible en uno solo. Esto se debe a que los trabajos se enfocan con distintos criterios de selección o dan diferentes definiciones de una misma enfermedad, distintos métodos de medida y son diseñados de distintas formas que dificultan su comparación.

La revisión sistemática es una metodología que al abordar un tema intenta se minimicen los sesgos y los eventuales errores de la randomización.

Para ello debe convertir la información científica en preguntas que puedan responderse, identificar la mejor evidencia para responderlas y hacer una apreciación crítica de dicha evidencia para determinar su valor⁹.

Durante su desarrollo se deben cumplir estrictos requisitos (tabla 1).

La revisión sistemática se contraponen con las revisiones tradicionales de tipo narrativo (tabla 2).

A pesar de las características de estas últimas sin duda han sido de un valor fundamental para la enseñanza de la medicina y seguramente en el futuro lo seguirán siendo.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El punto final de todo el proceso de la revisión sistemática es elaborar guías prácticas para su utilización por la comunidad médica. Hay que mencionar que las guías que se publican pueden ser elaboradas de tres maneras diferentes: generadas por expertos, obtenidas por consenso y basadas en la evidencia.

1. Generadas por expertos

Tienen limitaciones porque se asumen las creencias que los expertos tienen experiencia, que sus recomendaciones son más útiles, que disponen de información que aún no aparece en la literatura y que son más capaces en reconocer la evidencia^{5,8}.

Pero tiene las siguientes desventajas: el experto puede ser elegido por aquellos que no lo son, hay un sesgo en la búsqueda bibliográfica, se toma un solo punto de vista y pueden existir potenciales conflictos de intereses⁸.

Tabla 1. Metodología de la revisión sistemática.

Fijar los objetivos de la revisión y los criterios de inclusión
Efectuar la búsqueda de todos los estudios publicados que llenen los criterios de inclusión
Incluir trabajos aleatorizados que cumplan con un nivel I de evidencia
Tabular las características de cada estudio identificando y analizando la calidad de la metodología con que fue llevado a cabo
Aplicar los criterios de elegibilidad de cada estudio y justificar las exclusiones
Confeccionar la más completa base de datos sobre el tema, comprometiéndolo a los investigadores que la llevaron a cabo si es posible
Analizar los resultados de los estudios elegidos usando la técnica estadística del meta-análisis si es posible y apropiada
Llevar a cabo un análisis de sensibilidad y un estudio de los subgrupos de pacientes con características similares
Explorar datos inconsistentes y conflictivos
La revisión cuantitativa amplía el poder estadístico
Permite aumentar la precisión en la estimación de los efectos de un tratamiento
Preparar un reporte estructurado estableciendo los objetivos en forma clara, describiendo los materiales y métodos utilizados
Debe realizar la difusión de estas pautas generadas

2. Obtenidas por consenso

Los métodos de consenso son más estrictos porque el panel de expertos es cuidadosamente elegido y el estudio es presentado de manera formal para proveer diferentes posturas y perspectivas^{5,7}.

El consenso ha ido mejorando en el tiempo teniendo representantes de todas las posturas. Pero la evidencia utilizada está implícita y no está disponible para un cuidadoso análisis.

Existe un acuerdo en el cual el consenso formal es altamente útil cuando está basado en la consistencia de la evidencia científica, ofrece recomendaciones en puntos de controversia y cuando el mayor objetivo es conseguir una práctica más uniforme por parte de la comunidad asistencial.

Sin embargo, aún cuando está justificado por diversas razones, si la evidencia es débil requiere un cuidadoso y sistemático procedimiento para encontrarla y evaluarla¹⁰.

3. Basadas en la evidencia

Siguen el procedimiento de la revisión sistemática^{10,11}.

A las guías generadas en la evidencia también hay que analizarlas para verificar que sean veraces en sus resultados, es decir deben estar sometidas a las mismas pautas con las cuales fueron generadas¹².

Según publicó Cluzeau en 1997^{3,10}, se deberían estudiar 37 ítems en las guías generadas por la medicina basada en la evidencia para determinar que estas a su vez no tengan sesgos. Entre las más importantes figuran: el rigor del desarrollo, la responsabilidad por el desarrollo, cómo está formado el grupo, cómo se formulan las recomendaciones, el análisis del contexto y sus contenidos, la correcta aplicación.

Finalmente se podría decir que la medicina basada en la evidencia contribuye para que cada día el buen profesional de la salud tenga acceso a impor-

Tabla 2. Metodología de la revisión narrativa.

No es exhaustiva en las conclusiones de estudios que deben reunir ciertos parámetros
Se enfatizan los estudios que habitualmente han sido escritos por el revisor y sus colegas y han aparecido en las publicaciones más jerarquizadas
Carece de la bibliografía completa porque existe tendencia a no publicar trabajos que fallaron en encontrar los efectos positivos de un determinado tratamiento y sí publicar los que lo tuvieron
Se carece de un método para verificar la veracidad de algunas publicaciones que sobrestiman los efectos de un tratamiento
El revisor se ve influido en seleccionar estudios sin tener una estricta definición de los criterios de inclusión
El revisor puede incluir consciente o inconscientemente los trabajos que estén a favor de su hipótesis y desechar los que no lo están
Raramente aplica métodos estadísticos adecuados para decidir cual es el peso de la evidencia

tante información sobre diagnóstico y tratamiento.

Para ello es preciso: que la información sea capaz de responder las preguntas que surgen en la práctica, identificar la mejor evidencia para responder a estas preguntas, valorar críticamente de la evidencia para su validación y utilidad, aplicar los resultados en la práctica diaria^{13,14}.

Un correcto balance entre práctica y evidencia probablemente irá creciendo y facilitará el acceso de los profesionales asistenciales a la medicina basada en la evidencia. Su recomendación será de alta contribución al diagnóstico y tratamiento, tomando la información de trabajos controlados y aleatorizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, et al. Evidence-based medicine. What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2
2. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1995;4:55-64
3. Browman GP, Levine MN, Graham I, et al. Clinical practice guidelines: An evolving health care technology. *Cancer Prevent Control* 1997;1:7-8
4. McGlynn EA, Kosekoff J, Brook RH. Format and conduct of consensus development conferences. Multination comparison. *Int J Technol Assess Health Care* 1990;6:450-69
5. Kosekoff J, Kanouse DE, Rogers WH, et al. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA* 1987;258:2708-13
6. Brook RH, Chassin MR, Fink A, et al. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care* 1986;2:53-8
7. Linstone HA, 'Ihroff M (eds). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Reading, MA, Addison-Wesley, 1975 10. Wortman PM, Vinokur A, Sechrest L: Do consensus conferences work? A process evaluation of the NIH Consensus Development Program. *J Health Politics Policy Law* 1988;13:469-8
8. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. *BMJ* 1994;309:597-9
9. Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. Systematic reviews: Critical links in the great chain of evidence. *Ann Intern Med* 1997;126:389-91
10. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997;126:376-80
11. Browman GP, Levine MN, Mohide EA, et al. The practice

- guidelines development cycle. A conceptual tool for practice guidelines development and implementation. J Clin Oncol 1995;13:502-12*
12. Haynes RB. Loose connections between peer reviewed clinical journals and clinical practice. *Ann Intern Med 1990;113:724-8*
 13. Bero L: The Cochrane Collaboration. Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *JAMA 1995;274:1935-8*
 14. Gates PE. Think globally, act locally: An approach to implementation of clinical practice guidelines. *J Qual Improve 1995;21:71-85*