

# Medicina basada en la evidencia: un aprendizaje imprescindible

J.I. Emparanza Knörr

Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Donostia. San Sebastián.

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 397-399)

Se asume habitualmente que los resultados de la investigación biomédica, y sanitaria en general, se difunden por canales próximos al clínico. Se asume también que el clínico tiene un fácil acceso a estos canales y que accede de forma regular e incluso asidua a éstos. Se asume que el facultativo evalúa críticamente la información según los principios del método científico. Estos procesos previos llevan a que el clínico transforme la información e incorpore el conocimiento. Se asume que evalúa la pertinencia y aplicabilidad de dichos conocimientos al cuidado de un paciente determinado.

Pero, ¿hasta qué punto son ciertas estas asunciones? Sabemos que no son ciertas para todos los clínicos y en todas las circunstancias. Varios autores han estudiado el grado en que la actuación clínica diaria se basa en pruebas científicas. Hace algo más de un año, un editorial aparecido en ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA recogía varios de estos estudios realizados específicamente en pediatría<sup>1</sup>. En ellos se pone de manifiesto que la proporción de actuaciones pediátricas basadas en pruebas científicas, es decir, en evidencias científicas, varía desde menos de la mitad a prácticamente la mayoría.

Otra prueba de que no toda nuestra práctica se basa en el conocimiento científico es que la variabilidad en la práctica médica estudiada hasta la saciedad hace algunos años, e incluso la asombrosa disparidad que suele observarse cuando se solicita la denominada "segunda opinión". Naturalmente, no toda la variabilidad de la práctica debe ser eliminada. Cada paciente es irrepetible, por lo que debe ser tratado con singularidad. Pero no es esta la variabilidad a la que nos referimos. Aludimos más bien a esa otra variabilidad perversa que sucede por desconocimiento, y que constituye una afrenta injusta y, por lo tanto, inética al paciente.

Nada más lejos de la intención del médico, y del pediatra en particular, que actuar de manera injusta. La pregunta entonces es: ¿por qué no actuamos siempre basándonos en las mejores pruebas disponibles?

La respuesta no es simple. Entre los factores responsables están: la falta de tiempo para buscar, leer y evaluar críticamente las pruebas publicadas, la falta de conocimientos en metodología de investigación que permita la lectura crítica y la ingente cantidad de bibliografía científica publicada.

La medicina basada en la evidencia (MBE) nace precisamente para tratar de solventar algunas de estas dificultades. Consiste en la integración de las mejores pruebas científicas con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente. Dicho de otro modo, trata de promover el cambio en la toma de decisiones: pasar de una toma de decisiones basada en opiniones a una toma de decisiones basada en pruebas científicas.

La historia comenzó hace dos décadas. En la de los años ochenta varios clínicos afincados fundamentalmente en la costa este de Estados Unidos inventaron una nueva disciplina médica que consideraron una ciencia básica para la clínica y que dieron en llamar epidemiología clínica. La epidemiología clínica podría definirse como la ciencia que estudia la práctica clínica. Fue precisamente el Dr. Sackett uno de los autores del libro *Clinical Epidemiology*<sup>2</sup>. Unos años más tarde, en 1996, fue el autor principal de la primera monografía sobre MBE<sup>3</sup>. Por lo tanto, los mismos autores de la epidemiología clínica son los productores de la llamada MBE.

La MBE ha conseguido que un número importante de facultativos tenga acceso a herramientas metodológicas propias de la epidemiología clínica. Han aprendido a usarlas dedicando una porción razonable de su tiempo y han obtenido un rendimiento en términos de aplicabilidad del conocimiento. Ésta redundará sin duda en beneficio de sus pacientes. Este proceso "democratizador" del método ha precisado la colaboración desinteresada de muchos colegas y de profesionales de áreas ajenas a la medicina (documentalistas, informáticos, matemáticos, economistas, etc.) que finalmente han producido herra-

**Correspondencia:** Dr. J.I. Emparanza Knörr.  
Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Donostia.  
Dr. Beguiristain, s/n. 20014 San Sebastián.  
Correo electrónico: jemparan@chdo.osakidetza.net

Recibido en julio de 2001.

Aceptado para su publicación en julio de 2001.

mientas que van desde plantillas para estructurar las preguntas hasta programas informáticos.

Pese a este esfuerzo colaborativo, la práctica de la MBE supone una actitud y un esfuerzo personal en la adquisición de nuevas habilidades que permitan acceder y reconocer críticamente la mejor evidencia, e incorporar finalmente este conocimiento a la práctica. Como es de suponer en el mundo actual, el desarrollo de la informática y en particular de Internet ha sido clave para permitir el desarrollo de la MBE. Para adquirir estas habilidades es posible recurrir a un proceso de autoaprendizaje con la ayuda de algunas de las excelentes webs existentes (<http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>) o acudir a algunos de los cursos que ya son clásicos, en el Centro para la Medicina Basada en la Evidencia en Oxford (<http://cebm.jr2.ox.ac.uk>) o en la Universidad de McMaster (<http://www.mcmaster.ca>).

En el proceso de incorporación del conocimiento, destacan dos asociaciones sin ánimo de lucro que colaboran, cada una con una misión bien diferenciada: CASP y la Colaboración Cochrane (CC).

La primera de ellas, el programa CASP, pretende dar respuesta a uno de los problemas que dificultan la práctica de la MBE citados anteriormente: la falta de conocimiento para realizar una lectura crítica. Tiene por lo tanto como misión la enseñanza de habilidades para buscar de forma eficiente las pruebas científicas y para evaluar críticamente las pruebas encontradas. Este programa nació en Gran Bretaña, desde donde se ha ido extendiendo a otros países, existiendo en la actualidad una organización llamada CASP internacional que agrupa los diferentes países (<http://www.phru.org/caspinternational/>). Dentro de esta organización España (<http://www.hrc.es/CASPe.html>), donde el programa CASP existe desde el año 1997, es un miembro destacado, con una importante actividad en los últimos años.

La Colaboración Cochrane (<http://www.cochrane.es/>) es la otra asociación, cuyo objetivo es preparar, mantener y disseminar revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las intervenciones médicas. Nació en 1992, también en Gran Bretaña, desde donde se ha extendido por todo el mundo.

La CC pretende responder a otro de los factores o problemas antes citados: la ingente cantidad de bibliografía, mediante la creación de revisiones sistemáticas. En efecto, las revisiones sistemáticas proporcionan gran parte del trabajo ya realizado, ofrecen conocimiento listo para su consumo tras una búsqueda sistemática, evaluación crítica y síntesis cuantitativa de las pruebas científicas.

Estas iniciativas, y la MBE en su conjunto, han despertado un considerable interés. Buena prueba de ello son los dos artículos incluidos en este número.

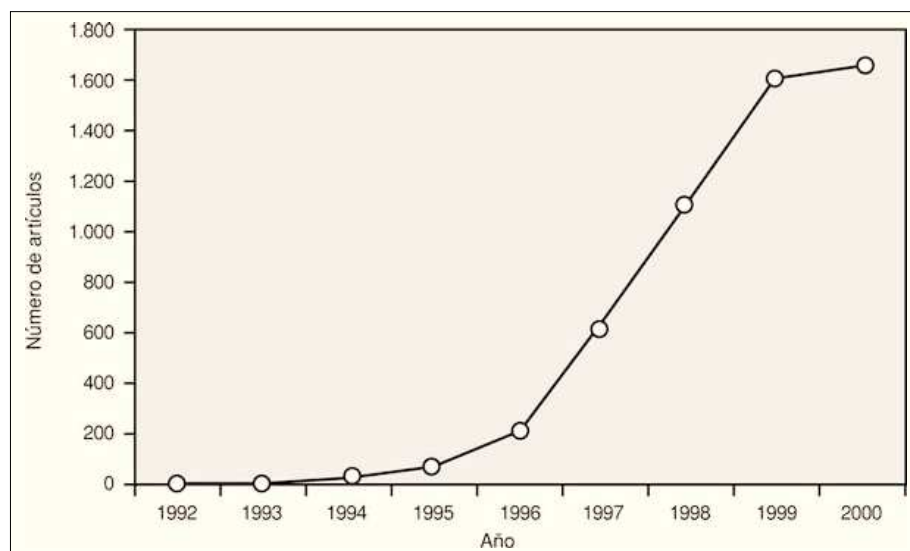
---

Véanse las páginas 429-439 y 440-452

---

Los autores se aproximan a la MBE desde diferentes posiciones. Uno de ellos (González) ofrece una visión desde una atalaya académica, describiendo todo tipo de reflexiones en torno a la MBE: desde la reflexión bioética hasta reflexiones próximas a la economía sanitaria. El otro (Buñuel), por el contrario, proporciona una visión desde el punto de vista de usuario, obligadamente utilitarista. Enumera una considerable cantidad de conceptos y herramientas necesarios para llevar a la práctica la MBE. Ambos autores ofrecen un trabajo muy interesante.

Otra prueba del interés creciente hacia la MBE es el número de publicaciones indexadas en Medline que contienen el texto *Evidence-based-medicine*, tal y como se muestra en la figura 1.



**Figura 1.** Número de referencias recuperadas en PubMed con el término *evidence-based medicine*, por año de publicación.

Desde nuestro punto de vista, la MBE supone un primer paso, un paso imprescindible, hacia la consecución de una organización basada en el aprendizaje. En otras palabras, la MBE es el eslabón imprescindible para cualquier proyecto de gestión del conocimiento en medicina, definida como el conjunto de conceptos y métodos que permiten generar valor a partir de la creación, acumulación, organización y selección de conocimientos específicos.

En el futuro próximo el valor de una organización o institución, incluyendo las sanitarias, se medirá cada vez más en términos de capital humano, no en tecnología, por más que la consideremos necesaria. Este capital humano se complementa y amplía mediante el aprendizaje continuado y la transferencia de conocimiento.

Nuestros proyectos futuros, una vez aprendidas y asumidas plenamente las herramientas de la epidemiología

clínica y la MBE, deberán dirigirse hacia la difusión, incluso en el entorno clínico, del conocimiento pertinente, adecuado, evaluado críticamente, con la inmediatez de acceso y recuperación necesaria para atender incluso las urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Curley AE, Halliday HL. Pediatría basada en la evidencia. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 497-500.
2. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Epidemiología Clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
3. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone España, 1997.