

Medicent Electrón. 2014 jul.-sep.;18(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

EDITORIAL

Medicina basada en la evidencia y el médico necesario en el momento actual

Evidence- based medicine and the role of the doctor at current times

La medicina basada en la evidencia (MBE) se refiere a que las decisiones clínicas son apoyadas formalmente por los datos; esto se ha vuelto cada vez más parte de la práctica médica cotidiana.¹

La MBE proviene de analizar las mejores evidencias obtenidas de los estudios clínicos, la opinión de expertos o ambos; de este análisis se derivan recomendaciones. Las evidencias y las recomendaciones se clasifican de acuerdo con la procedencia de los datos y la efectividad de los resultados, de la siguiente forma:²

Alta (A): Estudios aleatorizados y controlados, bien diseñados y ejecutados, que adecuadamente representan las poblaciones a las que se aplican los resultados y evalúan directamente los efectos de la aplicación de los resultados, o metaanálisis de este tipo de estudios, bien dirigidos. Es poco probable que investigaciones extensas posteriores cambien la estimación sobre el efecto.

Moderada (B): Estudios controlados, aleatorizados con limitaciones menores en la confianza o pertinencia de los resultados, o estudios controlados no aleatorizados bien ejecutados y diseñados, o estudios observacionales bien ejecutados, o metaanálisis de este tipo de estudios. Certeza moderada de que estudios posteriores pueden afectar la estimación del efecto.

Baja (C): Estudios controlados y aleatorizados con limitaciones mayores, estudios controlados no aleatorizados, o estudios observacionales con limitaciones mayores en la confianza de los resultados. Observaciones clínicas no controladas, estudios fisiológicos en humanos, o metaanálisis de estudios de este tipo. Baja certeza sobre la estimación del efecto y posibilidad de que investigaciones más extensas tengan un impacto sobre los resultados previamente obtenidos.

De esta evidencia se desprenden recomendaciones, que pueden ser de clase I, II o III, definidas como:

Clase I: La evidencia, el acuerdo general o ambos, están de acuerdo en que un tratamiento o procedimiento es beneficioso, útil y efectivo (está indicado).

Clase II: La evidencia es conflictiva o hay desacuerdo en cuanto a que un tratamiento o procedimiento es beneficioso, útil y efectivo:

- a. La mayoría se inclina a favor y considera que no provoca daño (debe ser considerado).
- b. Hay menos claridad en cuanto a su utilidad y efectividad, aunque no provoca daño (debería ser considerado).

Clase III: La evidencia, el acuerdo general o ambos, están de acuerdo en que un tratamiento o procedimiento no es beneficioso, útil ni efectivo y pudiera causar daño en algunos casos (no recomendado).

La MBE constituye una herramienta para la toma de decisiones; su valor es obvio, pero como toda herramienta, su eficacia depende de quien la use; esto está implícito en su definición, pero con frecuencia, no se toma en cuenta.

Es fácil comprender que lo ideal es indicar medicamentos o procedimientos respaldados por un nivel de evidencia A, para una recomendación de tipo I. No obstante, se deben considerar, al menos, tres aspectos sobre las evidencias:

- El origen de los datos: Las guías y recomendaciones que aplicamos se basan en estudios que han sido realizados en poblaciones que generalmente difieren de la nuestra, en cuanto a composición étnica y estilo de vida, y la mayoría de ellos usan criterios que excluyen a muchos de los pacientes que se atienden en la práctica diaria. Muriel Jussup³ se pregunta: «¿Por qué los más nuevos y exitosos tratamientos no han producido una reducción significativa de la mortalidad por insuficiencia cardíaca?» y al responder, considera que «...La gran mayoría de los pacientes son ancianos, y el 75 % tiene una historia de hipertensión. Muchos, además de la edad avanzada, tienen por lo menos una afección seria coexistente. Tales pacientes normalmente no han sido incluidos en los ensayos de investigación. Es más, hasta hace poco, la mayoría de los que entraban en los ensayos de investigación de medicamentos eran hombres blancos de mediana edad, con insuficiencia cardíaca de origen isquémico.
- La intencionalidad en el resultado: Campbell,⁴ en un editorial, plantea claramente que el 94 % de los médicos tienen relaciones con la industria farmacéutica, y concluye que los médicos deberían tomar en cuenta que las vacaciones y las comidas gratuitas que les pagan los fabricantes son pagadas a la larga por los pacientes al aumentarles el precio de los medicamentos. Pero no es solo la inducción a prescribir drogas más caras a través de ensayos clínicos contratados, sino que, en muchos casos, se manipula o se omite información. En el 2007, el antibiótico telitromicina se asoció a insuficiencia hepática; Aventis, la compañía fabricante, había contratado un ensayo clínico con *Pharmaceutical Product Development* (PPD), una organización de investigaciones por contrato que descubrió evidencia de fraude en un paso del estudio; PPD lo informó, pero Aventis no suspendió el estudio, ni quitó los datos de la solicitud para la aprobación de la droga. Solo bajo la amenaza de ser denunciada por uno de los investigadores de PPD, reconoció el problema.⁵
- El juicio clínico es insustituible: La única forma de protegerse de la influencia de la industria sobre las investigaciones, al usar la MBE, es la preparación personal, poseer información suficiente y confiar, sobre todas las cosas, en el método clínico para evaluar las evidencias y saber cómo aplicar alternativas; el uso de las estadísticas locales puede ser un ejemplo: una niña de 13 años con lupus eritematoso sistémico ingresó con un síndrome nefrótico y pancreatitis; los médicos consideraban aplicarle tratamiento anticoagulante, pero no contaban con evidencias sobre el posible resultado; consultaron la base de datos electrónica del hospital: encontraron 10 casos similares y pudieron determinar, con un intervalo de confianza del 95 %, que la evolución era peor si no se le suministraba el anticoagulante.⁶

Sí, es necesario formar un médico capaz de conocer y utilizar la evidencia como parte de su trabajo cotidiano, los profesionales cubanos de la salud tienen que trabajar en disímiles sistemas, muchos de los cuales tienen un gran desarrollo tecnológico; afrontan el reto de competir con profesionales bien calificados y, por supuesto, tienen que dominar el concepto de MBE y aplicarlo. Es necesario reconocer, además, la necesidad de crear nuestra propia evidencia, pues a pesar de tener un sistema de salud único y un sistema estadístico exhaustivo, existen pocas formas expeditas de recuperar la información, pues no hay bases de datos disponibles para consultar y los estudios multicéntricos son escasos.

Se necesita un médico que contribuya con su trabajo, su conducta y su nivel científico a la credibilidad de nuestro sistema de salud. Un médico comprometido con la inversión social y la gobernabilidad de los países amigos con los que colaboramos. No hay que avergonzarse de tomar partido: la política está en todo y es la expresión concentrada de la economía.

Es innegable la contribución económica que se deriva de los servicios de salud que Cuba le presta a otros países; bastaría con decir que nuestro presidente ha reconocido públicamente que se

encuentra entre los mayores aportes al presupuesto del estado. Necesitamos un médico con el nivel necesario para asumir misiones de ayuda a países pobres o en situaciones de desastres, pero también para asumir contratos que exigen un alto nivel de actualización científica, un médico capaz de utilizar la MBE para adaptarse al cuadro de salud e interpretar los protocolos de actuación vigentes en cualquier escenario en que tenga que desenvolverse.

Se necesita un médico que conserve los principios humanistas y éticos, que sin renunciar a su proyecto de vida, incluidas las aspiraciones materiales, sea capaz de poner, por encima de todo, su compromiso con su país y su trabajo, un médico que sepa que si no le puede dar lo mejor que existe a su paciente, por lo menos le puede dar lo mejor de sí; para eso se necesita una preparación multifacética, dominar los últimos adelantos científico-técnicos, pero conocer las alternativas, competir con los médicos al más alto nivel, pero no ver jamás al paciente como una mercancía; nuestros médicos deben utilizar la tecnología de forma razonable, evaluar el costo, riesgo y beneficio para el paciente: ese es el aporte de la evidencia; pero el componente humano debe darles la capacidad de saber cuándo hay que hacer una excepción, cuándo hay que usar la experiencia propia o la de otros colegas y aplicarla al paciente en el que no se corresponde lo que sugiere la evidencia. Nuestros médicos deben estar dispuestos a dar su mejor esfuerzo, sustentados por la mejor preparación posible y sin esperar a cambio otra cosa que no sea la satisfacción de haber contribuido a mejorar la salud del prójimo: ese es el médico necesario.

Dr. C. Gilberto Cairo Sáez
Doctor en Ciencias Médicas
Especialista de I y II Grados en Medicina Interna
Profesor Titular de Medicina Interna y Propedéutica
Editor de la Sección Clínica. Revista Medicentro Electrónica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jamenson JL, *et al.* The Practice of Medicine. En: Principles of Internal Medicine. 17ma ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2008. p. 1-5.
2. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J [internet]. 2013 [citado 8 abr. 2014];34:[aprox. 72 p.]. Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/28/2159.full.pdf+html>
3. Jessup M, Brozena S. Heart failure. N Engl J Med. 2003;348(20):2017-8.
4. Campbell EG. Doctors and drug companies - scrutinizing influential relationships. N Engl J Med. 2007;357;(18):1796-7.
5. Shuchman M. Commercializing Clinical Trials - Risks and Benefits of the CRO Boom. N Engl J Med. 2007;357(14):1365-8.
6. Frankovich J, Longhurst CA, Sutherland SM. Evidence-Based Medicine in the EMR Era. N Engl J Med. 2011;365(19):1758-9.

Dr. C. Gilberto Cairo Sáez. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Profesor Titular de Medicina Interna y Propedéutica. Policlínico Universitario "Marta Abreu". Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: cairo@capiro.vcl.sld.cu