

Anestesia basada en evidencia: Medicina basada en evidencia.

Dr. Bernardo Gutiérrez Sougarret.

La medicina basada en la evidencia (MBE), es la integración de la mejor evidencia disponible en la literatura biomédica, con la experiencia clínica del médico y los valores del paciente 1 .

- Mejor evidencia disponible, con esta expresión uno se refiere a aquella investigación básica, pero sobre todo clínica que tiene que ver con la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas (incluyendo a la exploración clínica), el poder de los marcadores pronósticos y la eficacia y seguridad de las pautas terapéuticas, rehabilitadoras y preventivas.

- Experiencia clínica se refiere a la capacidad de usar nuestras habilidades clínicas y experiencia del pasado para identificar rápidamente el estado de salud y diagnóstico específico de cada paciente, sus riesgos individuales y los beneficios de posibles intervenciones.

- Valores del paciente incluyen las preferencias, preocupaciones y expectativas específicas de cada paciente que deben integrarse en las decisiones clínicas dirigidas a servir al enfermo.

La integración de estos tres elementos, da por resultado una alianza diagnóstica y terapéutica entre médico y paciente, que tiene por resultado la optimización de los diagnósticos clínicos y de la calidad de vida.

La MBE no es un área del conocimiento médico nueva, ya que las primeras publicaciones aparecieron en 1981; sin embargo, su aplicación todavía no es amplia en algunas áreas de la medicina, como es la Anestesiología y sus disciplinas relacionadas. Por otro lado, la aplicación de las herramientas de la MBE ha tenido amplia aceptación en otras especialidades médicas, las razones para esta cada vez más amplia aceptación han sido las siguientes:

1. Necesidad diaria de información válida acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de nuestros pacientes.

2. Falta de adecuación de las fuentes tradicionales de esta información, que son: a) anticuadas, (como ocurre con los libros de texto 2); b) son frecuentemente erróneas, (como lo son las opiniones de los expertos 3); c) son ineficaces, (como lo son los programas tradicionales de educación médica continua 4); d) demasiado grandes en su volumen y variables en su validez para que puedan usarse de manera práctica, (como son las revistas médicas generales o de las distintas especialidades 5).

3. La disparidad entre nuestras habilidades diagnósticas y el juicio clínico, que aumenta con la experiencia y nuestros conocimientos actualizados 6 y desempeño clínico 7 que van en declive.

4. Nuestra incapacidad para permitirnos dedicar unos cuantos segundos por paciente, para encontrar y asimilar esta evidencia 8 o reservar más de media hora por semana para la lectura general y el estudio 9 .

Hasta hace poco, estos problemas eran insuperables para los médicos de tiempo completo; sin embargo, cinco avances recientes han permitido que esta situación pueda resolverse satisfactoriamente:

1. El desarrollo de estrategias para buscar y obtener, de forma eficaz, evidencias ordenadas por su validez y relevancia.

2.La creación de revisiones sistemáticas y resúmenes concisos de los efectos de la asistencia médica, siendo el cartabón la Cochrane Collaboration.

3.La publicación de revistas basadas en la evidencia, que son recopilaciones de los artículos publicados en distintas revistas médicas, válidos como de uso clínico inmediato.

4.La creación de sistemas de información que permiten obtener resultados en segundos.

5.La identificación y aplicación de estrategias eficaces para el aprendizaje de por vida y para mejorar nuestra actuación clínica.

La práctica de la MBE incluye cinco pasos:

- Primer paso: la transformación de la necesidad de información (sobre prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, causalidad, etc.), en una pregunta que pueda ser respondida.
- Segundo paso: el rastreo de la mejor evidencia disponible para contestar dicha pregunta.
- Tercer paso: la evaluación crítica de la validez (proximidad a la verdad) de la evidencia encontrada, el impacto (tamaño del efecto), y la aplicabilidad (utilidad en nuestra práctica clínica diaria).
- Cuarto paso: la integración de la evaluación crítica hecha en el paso anterior con nuestras habilidades clínicas y con los datos biológicos de nuestro paciente, sus valores y circunstancias particulares.
- Quinto paso: la evaluación de nuestra efectividad y eficacia para ejecutar los primeros cuatro pasos y buscar formas de mejorar ambas la próxima vez.

Como prácticamente cualquier herramienta clínica, la MBE no está exenta de limitaciones. Se puede considerar que tres de ellas son inherentes a la ciencia en general, mientras que otras tres son únicas de la MBE 10 :

- 1.La escasez de evidencias científicas coherentes y consistentes.
- 2.Las dificultades para aplicar cualquier evidencia al cuidado de pacientes individuales.
- 3.Las barreras a la práctica de una medicina de alta calidad.
- 4.La dificultad para desarrollar nuevas herramientas de investigación y valoración crítica.
- 5.La limitación de tiempo que tienen los médicos para dominar y aplicar estas nuevas habilidades.
- 6.Lo inadecuado de los recursos técnicos requeridos para el acceso instantáneo a las evidencias en la mayoría de las instituciones hospitalarias.

Finalmente, otros usos posibles de la MBE son:

- El refuerzo de la necesidad y del dominio de las habilidades clínicas y de comunicación requeridas para recopilar y valorar de forma crítica las historias, síntomas y signos de los pacientes e identificar e incorporar sus valores y expectativas en alianzas terapéuticas.
- El desarrollo de habilidades genéricas para su uso en el hallazgo, valoración y aplicación de las evidencias de las ciencias básicas y de otras ciencias aplicadas.
- El mantenimiento de una estructura eficaz y efectiva para la educación de postgrado autodidacta, durante toda la vida profesional del médico.
- La identificación de problemas clínicos para los que no existen evidencias satisfactorias lo que genera una agenda práctica

para la implementación de investigación médica aplicada.

- La creación de un idioma común para su uso por equipos multidisciplinarios.

Una vez hecha esta semblanza, terminar é diciendo que en los siguientes números de la revista se publicarán revisiones y ejemplos de problemas clínicos relevantes para la práctica de la anestesiología y sus disciplinas relacionadas, en los que se irán detallando el conocimiento y aplicación de las distintas herramientas que nos brinda la MBE para alcanzar los objetivos arriba expuestos.

Dr. Bernardo Gutiérrez Sougarret

REFERENCIAS

- 1.Sackett,DL,Straus SE,Richardson WS,Rosengerg W,Haynes RB. Medicina basada en la evidencia.Cómo practicar y enseñar la MBE.2ª Edición.Editorial Harcourt,Barcelona.2001.pp 253.
- 2.Altman EM,Lau J,Kupeinick B,Mosteller F,Chalmers TC.A comparison of results of meta-analyses of randomized controls trials and recommendations of clinical experts.JAMA,1992;268:240-48.
- 3.Oxman A,Guyatt GH.The science of reviewing research.Ann NY Acad.Sci,1993;703:125-34.
- 4.Davis DA,Thompson MA,Oxman AD,Haynes RB.Changing physician performance:a systematic review of the effect of continuing medical education strategies.JAMA,1997;274:700-5.
- 5.Haynes RB.Where 's the meta in clinical journals [editorial]ACP Journal Club,1993;119:A22-3.
- 6.Evans CE,Haynes RB,Birkett NJ y cols.Does a mailed continuing education program improve clinician performance?.Results of a randomised trial in antihypertensive care.JAMA,1986;255:501-4.
- 7.Sackett DL,Haynes RB,Taylor DW,Gibson ES,Roberts RS, Johnson AL.Clinical determinants of the decision to treat primary hypertension.Clinical Research,1977;24:648.
- 8.Sackett DL,Straus SE.Finding any applying evidence during clinical rounds:the "evidence cart ".JAMA.1998;280:1336-38.
- 9.Sackett DL.Using evidence-based medicine to help physicians keep up -to-date.Serials,1997;9:178-81.
- 10.Sackett DK,Rosengerg WMC,Gray JAM,Haynes RB, Richardson WS.Evidence based medicine:what it is and what it isn 't.BMJ,1996;312.71-2.