



El esfuerzo Cochrane

Dolores Montiel Estrada

Archie Cochrane, epidemiólogo inglés, publicó en 1972 su libro titulado "Eficacia y Eficiencia" en donde propone que no es posible en la Medicina aumentar la eficiencia sin pasar por la eficacia y por la efectividad. El autor hace un llamado a la revisión sistematizada de los estudios clínicos basándose en estudios controlados aleatorizados y en 1987, un año previo a su muerte, toma como modelo un estudio basado en los cuidados a mujeres gestantes y sus recién nacidos y propone a otras especialidades que copien el método utilizado por él.

Sin revisiones sistemáticas fundamentadas en estudios estadísticos se corre el riesgo de desconocer tanto los efectos positivos como los negativos de los cuidados en materia de Salud que se derivan de la investigación clínica. La Organización o Esfuerzo Cochrane, cuyo nombre honra al autor mencionado anteriormente, se fundamenta en los principios mencionados y abre en 1992 el primer centro en Oxford, Inglaterra, invitando a la comunidad internacional a unirse a la organización y a formar grupos de revisores. Actualmente hay en el mundo más de 40 grupos, en donde los miembros son investigadores, especialistas en diversas ramas médicas, epidemiólogos y público con un interés común en encontrar evidencias relevantes en cuanto a la prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y rehabilitación que estén relacionados con diversos problemas de Salud, publicando las revisiones periódicas en la base de datos de la Colaboración y en las publicaciones de la Librería Cochrane.

LOS NUEVE PRINCIPIOS DE LA COLABORACIÓN:

La Colaboración Cochrane se ha desarrollado rápidamente y ha formado coloquios en donde participan expertos internacionales en Salud, quienes toman decisiones acerca de las revisiones sistemáticas, la Colaboración ha consignado nueve principios sobre la base de estos coloquios.

1. Colaboración internacional.
2. Estructura basada en esfuerzo individual entusiasta.
3. Evitar duplicidades.
4. Minimizar las tendencias.

5. Cumplimiento de las fechas y metas establecidas.
6. Garantizar lo importante.
7. Garantizar el acceso a la información.
8. Perfeccionar la calidad del trabajo.
9. Continuidad al esfuerzo en forma continua.

METODOLOGÍA DEL GRUPO COCHRANE

El grupo de revisores emplea una serie de métodos para ensamblar, evaluar y sintetizar los datos provenientes de los estudios seleccionados sobre la base de criterios rígidos, trabajo que es supervisado por un jefe de revisores que finalmente organiza, prepara y presenta el análisis sistematizado del trabajo. Todos éstos se hacen llegar al público a través de un disco compacto (versión CD) o por medio de la red electrónica que enlaza los diversos centros mundiales. En un futuro cercano se iniciarán los trabajos del centro correspondiente a México y probablemente en colaboración con otros países de América Latina.

LA LIBRERÍA COCHRANE

Es una estructura organizada que permite concentrar y ofrecer las revisiones de medicina basada en evidencia, en un formato electrónico que cuenta con catálogos de las revisiones realizadas, aquellas en proceso, el registro de estudios controlados, resúmenes, etc. en otros documentos. Recientemente se ha evaluado que cuenta ya con más de 600 revisiones realizadas, las cuales se actualizan periódicamente, cerca de 200 de éstas en proceso, más de 110,000 artículos y 400 publicaciones sobre metodología. Generalmente y en diversas direcciones electrónicas se ofrecen los resúmenes de las revisiones y el acceso a toda la información tiene un costo anual aproximado de 200 dólares. La dirección electrónica en www.cochrane.org.

EL FUTURO

Se planean estrategias para que se desarrollen de manera local grupos de revisores conforme a la propia Colaboración y a su vez establecer líneas de tra-

bajo entre los diversos grupos de colaboración en el ámbito continental como mundial sin barreras de idioma o ideología.

Presentamos a continuación dos resúmenes de la biblioteca Cochrane.

Aspirina y reducción de riesgo de EVC.

- Pregunta

En pacientes con isquemia cerebral transitoria o EVC hay una relación de dosis de aspirina (AS) para disminuir el riesgo de nuevo evento vascular.

- Estrategia de la búsqueda.

Dos revisores extrajeron estudios de MEDLINE y listas de referencias de artículos relevantes hasta 1996.

- Criterios de selección.

Se revisaron artículos comparativos, aleatorizados, con grupo control (placebo) de prevención secundaria que incluyeran la comparación de AS vs. placebo y que reportaran el EVC como evento objetivo.

- Resultados principales.

Once estudios aleatorios llenaron los criterios de selección (9,629 pacientes tratados con aspirina y 4,401 controles). La edad media de 63 años, 63% sexo masculino, seguimiento de 32 meses, con 1,391 episodios de EVC detectados. La dosis de AS varió de 50 a 1,500 mg al día. Los resultados combinados para todas las dosis mostraron beneficios para AS en EVC (reducción de riesgo relativo 15%, IC al 95% de 6 a 23%). No se encontró en el estudio de regresión lineal una correlación de dosis-respuesta.

- Conclusión de los revisores.

En pacientes con ataques transitorios isquémicos o EVC previo, la aspirina reduce el riesgo de un nuevo episodio. No existe una dosis respuesta relacionada entre 50 y 1,500 mg al día. De acuerdo con la tendencia actual deberá estudiarse la conveniencia de combinar este antiagregante plaquetario con alguno de los nuevos fármacos como ticlopidina o clopidogrel para observar si existen mejores resultados que con AS sola.

Bibliografía: Arch Intern Med 1999; 159: 1248.

Control Intensivo de glicemia en diabetes mellitus

- Pregunta

El control intensivo de la glicemia para lograr niveles sanguíneos cercanos al rango no diabético es mejor que el manejo tradicional.

- Estrategia de búsqueda.

Se revisaron en MEDLINE y EMBASE los estudios aleatorios controlados y las revisiones sistemáticas con impacto en el control de la glicemia en pacientes con diabetes hasta 1998.

- Criterios de selección.

Se seleccionaron estudios publicados cuyos objetivos fueran la prevención de complicaciones microvasculares, los riesgos de hipoglicemia y los efectos neuropsicológicos de la misma así como la calidad de vida del paciente.

- Resultados principales.

Una revisión sistemática basada en 16 estudios aleatorios que comparaban el tratamiento convencional con el manejo intensivo en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2, con seguimiento de ocho a 60 meses que totalizaron 1,551 pacientes. Se obtuvo una reducción del riesgo relativo de complicaciones vasculares mayores de 0.8 a 0.5 eventos por cada 100 pacientes/año. Los riesgos de hipoglicemia severa fueron de 0.6 episodios por paciente/año en el grupo de tratamiento intensivo y de 0.2 episodios en el convencional y no se presentó ningún episodio de crisis convulsiva, hipoglicemia severa o coma que requiriera intervención. No se detectó después de tres años de seguimiento ninguna repercusión neuropsicológica en pacientes que llegaron a presentar un episodio de hipoglicemia. La calidad de vida de los pacientes en el grupo de tratamiento intensivo no sufrió ningún tipo de deterioro.

- Conclusiones de los revisores

Se encontró evidencia importante de que el tratamiento intensivo para controlar el nivel de glicemia en pacientes diabéticos tipos 1 y 2 comparado con el convencional reduce el desarrollo y progresión de las complicaciones microvasculares y neuropáticas, puede causar episodios de hipoglicemia que no repercutieron en las funciones neuropsicológicas ni en la calidad de vida de los diabéticos.

REFERENCIA

1. BMJ 1999; 319: 104.
2. wherman@umich.edu.