

Prescripción basada en evidencia científica en la atención primaria de salud

Scientific evidence-based prescribing in primary health care

MSc. Liuba Alonso Carbonel,^I MSc. Ana Julia García Milian,^I MSc. Pedro López Puig,^{II} MSc. Isis Belkis Yera Alos,^{III} MSc. Dulce María Calvo Barbado^{IV}

^I Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. La Habana, Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

^{III} Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). La Habana, Cuba.

^{IV} Dirección Nacional de Medicamentos del MINSAP. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la medicina basada en evidencia es una respuesta natural a la necesidad de crear un modelo de atención médica que permita la integración en la práctica diaria, de los resultados de los avances en materia de investigación clínica.

Objetivos: caracterizar el uso de la medicina basada en la evidencia en el acto de la prescripción.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el primer nivel de asistencia médica. Se incluyeron de manera aleatoria 9 provincias del país (Santiago de Cuba, Camagüey, Matanzas, Holguín, Pinar del Río, La Habana, Ciego de Ávila, Granma y Guantánamo) que constituyen el 60 % y de estas el 25 % de los policlínicos (82). La selección de estos se realizó por un muestreo aleatorio simple con el programa estadístico EPIDAT. Se incluyó 765 prescriptores que prestaban servicios en las áreas seleccionadas en el momento de la aplicación del instrumento. Para la recogida de la información se diseñó un cuestionario "Prescribir con evidencia científica", con el objetivo de capturar toda la información relativa a las variables definidas.

Resultados: más de la mitad de los encuestados (442) expresó que sientían la necesidad de buscar información frecuentemente; esta aumentó en los profesionales con experiencia, aunque la frecuencia anual con que lo hacen es baja, con un promedio de 6,48 veces al año y una moda de cero. Las interacciones medicamentosas fueron los aspectos de la prescripción acerca de los cuales los encuestados refirieron tener más dudas (69,4 %).

Conclusiones: la mitad de los encuestados señaló que sientían frecuentemente la necesidad de consultar publicaciones científicas para dar respuesta a dudas

relacionadas con el acto de la prescripción; sin embargo, la fuente que más emplearon fueron los libros impresos y los cursos de actualización. Las interacciones y las reacciones adversas, fueron los aspectos sobre los que habitualmente buscan información, aunque refieren con mayor frecuencia tomar en cuenta la disponibilidad del fármaco en el momento de la prescripción.

Palabras clave: medicina basada en evidencia, prescribir con evidencia científica, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: evidence-based medicine is a natural response to the need of creating a healthcare model that allows the integration of the results of the advances in clinical research into daily practice.

Objectives: To characterize the use of evidence-based medicine in the act of prescribing.

Methods: We conducted a cross sectional study in the first level of care. We included, at random, 9 provinces (Santiago de Cuba, Havana, Matanzas, Pinar del Rio, Camagüey, Ciego de Avila, Holguín, Granma and Guantanamo) that constitute 60 % and of these, 25 % of the clinics (82). The selection of these was by simple random sampling with the statistical program EPIDAT. 765 prescribers were included since they were serving in the selected areas at the time of the application of this instrument. For the collection of information a questionnaire "Prescribing scientific evidence" was designed in order to capture all the information on the variables defined.

Results: Over half of respondents (442) noted that often feel the need to seek information, this necessity increases when less time professional experience, although the frequency of seeking for more information is annually low, with an average of 6, 48 times a year and a mode of zero. Concerning prescriptions, the respondents reported having more questions (69.4 %) about drug interactions.

Conclusions: Half of the respondents stated that they often feel a need for review of scientific literature to answer questions during the act of prescribing. However, the sources they use are printed and updating courses. Interactions and adverse reactions are the aspects that they usually seek about, but they refer they often take into account the availability of the drug at the time of prescribing.

Keywords: evidence-based medicine, prescribed by scientific evidence, primary health care.

INTRODUCCIÓN

El esfuerzo por parte del médico para efectuar una práctica honesta que se anteponga a cualquier otro interés, y la perspectiva del paciente con respecto al problema salud-enfermedad, pueden ser factores que contribuyan a mejorar la calidad de la práctica clínica.

Durante el encuentro diario con los pacientes, el prescriptor se enfrenta con multitud de interrogantes, a las que debe encontrar repuesta. Habitualmente las soluciona haciendo uso de la experiencia y del conocimiento médico acumulado, bien de forma personal o consultando a un colega más experto. En el caso de que no sea suficiente, se remite a libros de texto o lee una revisión reciente, publicada en alguna revista médica. Sin embargo, esta aproximación clásica, aunque todavía muy practicada, no es adecuada. Generalizar a partir de la experiencia no sistematizada, propia o ajena, y obtenida con un número limitado de casos, puede resultar peligroso e inducir con frecuencia a errores. Los libros de texto están a menudo desactualizados, y al igual que las revisiones publicadas en revistas médicas, son con frecuencia ineficaces para solucionar problemas clínicos concretos.

La comprobación de la existencia de variaciones inaceptables en la práctica médica y que solo una minoría de las intervenciones médicas de uso diario estaban apoyadas en estudios científicos fiables, llevó a un grupo de médicos radicados en la Universidad de McMaster a iniciar un nuevo movimiento dentro de la enseñanza y práctica de la medicina, que denominaron "Evidence Based Medicine" (EBM).¹

Este acontecimiento surge ligado a la introducción de la estadística y el método epidemiológico en la práctica médica, el desarrollo de herramientas que permiten la revisión sistemática de la bibliografía y la adopción de la evaluación crítica de la literatura científica, como forma de graduar su utilidad y validez.

La medicina basada en la evidencia es una respuesta natural a la necesidad de crear un modelo de atención médica capaz de integrar a la práctica diaria, de forma consciente, racional y crítica, los resultados de los constantes avances que en materia de investigación clínica tienen lugar, ante el volumen abrumador de información existente. A pesar de su orígenes antiguos, la EBM continúa siendo una disciplina relativamente joven, cuya impacto positivo solo está empezando a ser validado y continuará evolucionando. Esta evolución será reforzada según los numerosos programas de pregrado, postgrado y de educación médica continuada, se adapten a las necesidades de quienes los aprendan. Estos programas y su evaluación, proporcionarán ulterior información y comprensión acerca de lo que es y de lo que no es, la medicina basada en evidencias.²

La medicina basada en evidencias no se restringe a los ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis. Implica perseguir la mejor evidencia externa con la cual responder a nuestras preguntas clínicas. Así por ejemplo, para conocer acerca de la exactitud de una prueba diagnóstica, necesitamos encontrar estudios transversales apropiados, de pacientes con sospecha clínica de presentar la alteración en cuestión; mientras que para una situación relacionada con el pronóstico, se necesitan estudios adecuados de seguimiento de pacientes agrupados en un punto precoz y uniforme, del curso clínico de su enfermedad. Otras veces la evidencia que se requiere vendrá de las ciencias básicas como la genética o la inmunología.

Cuando se hacen preguntas sobre tratamiento, es cuando debemos tratar de evitar los enfoques no experimentales, puesto que estos llevan habitualmente a conclusiones sobre eficacia falsamente positivas. El ensayo clínico controlado y sobre todo la revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados, es más probable que nos informe y menos probable que nos confunda, por lo que se ha convertido en el "estándar de oro", para juzgar si un tratamiento proporciona más beneficio que daño. No obstante, si no se ha llevado a cabo ningún ensayo clínico aleatorizado para el problema de nuestro paciente, seguimos el camino hasta la siguiente mejor evidencia externa y trabajamos a partir de esta.³

A pesar de su indudable éxito en los últimos años, el movimiento basado en las pruebas no ha estado exento de críticas, muchas derivadas de aquellos que se resisten a abandonar una aproximación tradicional de la medicina. Algunos médicos e instituciones sienten que es una innovación peligrosa, que limita su autonomía. La ven como una amenaza a su ejercicio profesional, y piensan que en el fondo, no es más que una iniciativa al servicio de los que pretenden reducir el gasto sanitario, o rebajar la autoridad de los que siempre se han atribuido la jerarquía científica.

Estas críticas han sido respondidas en su mayor parte, sin embargo debemos advertir que la MBE presenta algunas limitaciones. Por ejemplo el profesional debe sustituir, en aras de una mayor pertinencia y validez, unas fuentes de información fáciles de obtener, por otras que impliquen búsquedas bibliográficas y valoración crítica, para las que no se le ha instruido. Requieren un esfuerzo y tiempo del que no se dispone habitualmente, además de una inversión en formación e infraestructuras de tecnología de la información, que nuestros empleadores no creen necesario proporcionar.

Pero el principal obstáculo es que no siempre, y especialmente en la atención primaria, la literatura médica tiene las repuestas para las decisiones que se deben tomar en la práctica. El desarrollo de más y mejor investigación clínica realizada en nuestro entorno, será sin duda la solución para este problema. En tal sentido y ante la carencia de investigaciones de la atención primaria en el contexto cubano, que aborde la problemática, se realiza esta investigación con el propósito de caracterizar el uso de la medicina basada en la evidencia, en el acto de la prescripción.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el primer nivel de asistencia médica. Como universo del estudio se consideró la totalidad de prescriptores que laboran en las áreas de salud.

Se incluyeron de manera aleatoria 9 provincias del país (Santiago de Cuba, Camagüey, Matanzas, Holguín, Pinar del Río, La Habana, Ciego de Ávila, Granma y Guantánamo) que constituyen el 60 % de estas, y 82 policlínicos (25 %) de los que se encuentran en las provincias. La selección de estos se realizó por un muestreo aleatorio simple con el programa estadístico EPIDAT. Se incluyeron los 765 prescriptores (100 %) que prestaban servicios en las áreas seleccionadas en el momento de la aplicación del instrumento.

Para la recogida de la información se diseñó un cuestionario "Prescribir con evidencia científica". Con el cual se obtuvo toda la información relacionada con las variables definidas.

Una vez definido el constructo, se trabajó en el formato del cuestionario, se estableció el contenido, las dimensiones, estructura y logística de la recogida de datos. Se estructuró la composición de los ítems, número, contenido, definición y disposición.

El cuestionario representa varias dimensiones dado lo complejo del fenómeno. Está estructurado en dos bloques, el primero de datos generales de los sujetos y el segundo de las interrogantes que dan salida a las variables exploradas. Incluyó preguntas relacionadas con la necesidad, uso, fuentes de obtención de información, aspecto de interés sobre los que busca información y los que toma en consideración durante este acto mediante preguntas cerradas, y una abierta que exploró las

barreras percibidas para la prescripción basada en evidencia científica en este nivel de atención. La construcción de este estuvo a cargo de un grupo formado por siete expertos constituido por sociólogos, psicólogos y farmacoepidemiólogos, con experiencia de más de cinco años en el tema, y vinculados a la red farmacoepidemiología.

Para su elaboración se adaptó un cuestionario confeccionado por expertos de la Universidad de Southampton en el Reino Unido y publicada en el *British Medical Journal*; este instrumento fue aplicado a 452 prescriptores del nivel primario de atención para evaluar su actitud en relación con la MBE (McColl, Smith y otros 1998).⁴ Previo a su aplicación fue validado teniendo en cuenta los criterios de Moriyama,⁵ que fueron modificados por Bayarre.*

Fue aplicado por los farmacoepidemiólogos del municipio. Previo a su aplicación se realizó un taller con los encuestadores para homogenizar la información y aclarar cualquier duda al respecto.

Se confeccionó una base de datos, en el paquete estadístico SPSS 11.5. Se emplearon frecuencias absolutas y relativas para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Podemos apreciar la frecuencia con que los encuestados sienten necesidad de realizar alguna revisión de publicaciones científicas, para dar respuesta a interrogantes, que surgen durante el acto de la prescripción, en la tabla 1. Como se observa, más de la mitad de los encuestados señalan que sienten esta necesidad frecuentemente ($n= 442$). Por el contrario solo 78 de ellos refiere que nunca o casi nunca, sienten la necesidad de realizar búsquedas con este propósito.

Tabla 1. Frecuencia de la necesidad de búsqueda de información científica para la prescripción según años de graduado

Frecuencia	Años de graduado							
	<10 años		entre 11 y 20 años		entre 21 y 30 años		> 30 años	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy frecuentemente ($n= 147$)	58	39,4	72	49	15	10,2	2	1,4
Frecuentemente ($n= 442$)	217	49,1	178	40,3	39	8,8	8	1,8
Casi nunca ($n= 145$)	76	52,4	57	39,3	10	6,9	2	1,4
Nunca ($n= 7$)	2	28,6	3	42,8	2	28,6	---	---
No responde ($n= 24$)	12	50	9	37,5	3	12,5	---	---
Total ($n= 765$)	365	47,7	319	41,7	69	9	12	1,6

Sin embargo, una mirada al interior de este resultado, nos permite detectar que esta necesidad se hace más evidente en los profesionales con menos tiempo de experiencia, dado que los porcentajes disminuyen en la medida en que aumentan los años de graduados en las categorías "frecuentemente" y "muy frecuentemente". Para el caso de los encuestados que refieren no sentir esa necesidad "nunca" o "casi nunca", los porcentajes se comportan de manera similar, es decir, predominan también los de menos de 20 años de graduados; no obstante, el número de profesionales de más de 20 años de experiencia, es mayor dentro de estas categorías, que en las dos anteriores.

A pesar de lo anteriormente expresado, al indagar en los profesionales acerca de la frecuencia anual aproximada con que hacen uso de la información científica, encontramos que el promedio es de 6,48 veces al año y la moda de cero.

Las fuentes de las cuales los médicos extraen la información necesaria para satisfacer sus inquietudes, relacionadas con la prescripción es variada, resaltan los libros impresos, 624 (81,6 %) y los cursos de actualización, 482 (63 %). Por el contrario las revistas en general resultaron ser la fuente menos empleada (tabla 2).

Tabla 2. Fuente de obtención de la información que emplea para prescribir

Fuente de información	No.	%
Libros impresos	624	81,6
Cursos de actualización	482	63
Boletines de información científica	297	38,8
Libros electrónicos	185	24,2
Eventos científicos	180	23,5
Colegas	173	22,6
Base de datos	154	20,1
Revistas electrónicas nacionales	147	19,2
Revistas electrónicas extranjeras	71	9,3
Total	765	100

Según se puede observar en la tabla 3, las interacciones medicamentosas son los aspectos de la prescripción, acerca de los cuales los encuestados refieren tener más dudas 531 (69,4 %) lo que reclama de ellos búsqueda de información científica. Las reacciones adversas resultó ser también un frecuente motivo de consulta, 490 (64,1 %); mientras que la selección, fue el aspecto que requirió con menor frecuencia que los encuestados buscaran información, 194 (25,4 %).

Tabla 3. Aspectos de la prescripción sobre los que habitualmente buscan información científica

Aspectos	No.	%
Interacción	531	69,4
Reacciones adversas	490	64,1
Prescripción en situaciones especiales	443	57,9
Posología	289	37,8
Selección	194	25,4
Total	765	100

En la tabla 4 se resumen los aspectos que los profesionales toman en consideración para prescribir un fármaco. Puede observarse que la disponibilidad del fármaco y la experiencia como prescriptor, son los aspectos más frecuentemente considerados con 646 (84,4 %) y 581 (75,9 %) respectivamente. Las preferencias del paciente es un elemento considerado solamente por 42 (5,5 %) de los prescriptores.

Tabla 4. Aspectos que toma en consideración durante la prescripción

Aspectos considerados	No.	%
Disponibilidad del fármaco	646	84,4
Experiencia como prescriptor	581	75,9
Resultados de investigaciones científicas	400	52,3
Costo	229	29,9
Preferencias del paciente	42	5,5
Otros*	24	3,1
Total	765	100

*Incluye: Dosis, antecedentes patológicos del paciente, diagnóstico, reacciones adversas e interacciones.

Al indagar acerca de las posibles barreras que según su criterio existen en la atención primaria, para prescribir basado en evidencia científica, los encuestados señalaron disímiles limitaciones que pueden agruparse en las siguientes dimensiones: disponibilidad de recursos informacionales (pocos recursos tecnológicos tales como PC y módem, dificultades con la conectividad, escasa disponibilidad de información y de bibliografía actualizada), tiempo (poco tiempo debido a la carga asistencial), medicamentos (dificultades con la disponibilidad de algunos medicamentos) y recursos humanos (escasa capacitación en temas relacionados con MBE), falta de motivación por parte del profesional para conocer sobre medicina basada en la evidencia.

DISCUSIÓN

La prescripción médica corresponde a un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Asimismo, se debe recordar que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicaciones de la prescripción.

La prescripción de medicamentos que realiza el profesional de la salud, es el resultado de una serie de consideraciones y decisiones relacionadas con la evolución de una enfermedad, y con el papel que los fármacos desempeñan en su tratamiento. Así, después de establecido el diagnóstico definitivo, se requiere de un ejercicio de inteligencia clínica para valorar cuál será la mejor estrategia terapéutica (farmacológica o no), entre todas las posibles alternativas existentes.

En cada prescripción se reflejan: los medicamentos disponibles, la información que ha sido difundida acerca de estos (lo que ha llegado al médico y lo que él ha interpretado) y las condiciones en que se lleva a cabo la atención médica. El profesional en la prescripción debe además, compartir las expectativas con su paciente, brindarle la información que requiera, comprobar que conoce los riesgos a que se somete al utilizar un medicamento, y sobre todo, procurar que el tratamiento prescrito esté al alcance de sus posibilidades económicas.

El hecho de que los prescriptores de menos tiempo de graduados, necesiten de la búsqueda de información frecuentemente, pudiera explicarse por la ausencia del

programa de formación de pregrado, de una asignatura destinada a la terapéutica. Los médicos recién licenciados, en su etapa profesional de residencia, se enfrentan por primera vez a situaciones reales que no siempre se corresponden al 100 % con lo que estudiaron de manera teórica, en sus facultades. Desde el primer día en que ocupan la silla de su consulta, están obligados a prescribir tratamientos de manera segura. Sin embargo, su tarea se complica con la aparición de nuevos medicamentos, por lo que tienen que estar al día, así como de la irrupción en sus despachos de pacientes, a menudo mayores, a los que todavía no conocen y por tanto, no pueden adivinar cómo reaccionan ante determinados medicamentos que les pueden provocar efectos secundarios. Los errores de prescripción de los médicos en su primer año de trabajo son comunes, y pueden dar lugar a la infrautilización de medicamentos eficaces y a las reacciones adversas a ciertos compuestos.⁶

La selección correcta de un fármaco se debe realizar tomando en cuenta criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Además, se debe brindar un apropiado esquema de tratamiento, de acuerdo con las características individuales del paciente, para indicarlo de forma verbal y escrita, y facilitar el cumplimiento de la prescripción.

Para hacer una percepción racional se necesita disponer de información confiable, asequible y veraz. Estos elementos pudieran haber influido en la alta frecuencia de búsqueda de información referida por los encuestados.

Sin embargo, la calidad de la fuente empleada no se corresponde con lo reportado por la literatura. Las revistas se consideran como el principal vehículo de comunicación de la información científica, ya que tienen como ventaja que contienen las publicaciones originales de los estudios científicos, y la información más reciente.⁷ Pero la fuente de información que la mayoría de los encuestados refirió buscar fue en los libros y por todos es conocido que estos por lo general, al salir al mercado ya están desactualizados.

En un estudio realizado en México,⁸ el 76 % de los médicos utiliza Internet para buscar información sobre prescripción y son los buscadores y las bibliotecas médicas los medios *online* de consulta más importantes para los médicos, tanto es así, que un 34 % de ellos utiliza el buscador por lo menos 5 veces cada vez que se conecta, aspectos estos que no coinciden con nuestro estudio, donde la frecuencia de búsqueda de información fue mínima.

En un estudio que realizó una evaluación cualitativa a partir de 3 grupos focales de 6 a 8 médicos, en 3 áreas de un distrito en el suroeste de Inglaterra, se valoraban las razones que contribuían a la no implementación de la evidencia, en la práctica de la atención primaria. Identificó varios elementos; entre estos que el proceso de implementación de la evidencia clínica es afectado por las experiencias personales y profesionales del médico. También adujeron que la relación que el médico tiene con cada uno de los pacientes influye o afecta el proceso. La percepción de una tirantez entre la atención primaria y secundaria en el enfoque de la práctica basada en la evidencia, también fue descrita. Otra idea compartida por todos es que la elección de las palabras utilizadas por el médico, en las consultas, puede influir en que los pacientes acepten o rechacen la evidencia clínica. Un aspecto señalado fue que la implementación muchas veces se enfrenta a problemas logísticos, y esto redunda en una no aplicación de la evidencia o modificación de esta.⁹

Sin embargo, esta investigación demostró que a estos profesionales les interesaba implementar la MBE y gustaban de hacerlo; no obstante los facultativos participantes en este estudio cualitativo asocian la MBE solo con ensayos controlados aleatorios y las revisiones sistemáticas. Es decir, no toman en consideración que los estudios

observacionales y cualitativos, nutren de información a la medicina basada en la evidencia.⁹

El estudio cuya encuesta sirvió de modelo a esta investigación realizada en la década de los 90, aportó como resultados que a pesar de una variación considerable en las actitudes de 302 médicos generales para la promoción de la medicina basada en evidencia, la mayoría acogían con beneplácito y estaban de acuerdo en la mejoría para la atención al paciente que implica aplicar la MBE. Otra conclusión de dicho estudio fue el bajo conocimiento de las revistas de extracción, las publicaciones de revisión, y bases de datos relevantes para la medicina basada en la evidencia, y el principal obstáculo percibido para su práctica fue la falta de tiempo personal. Con respecto a los sitios a los que accedían solo el 20 % de los médicos generales tenían acceso a *Medline* en sus consultorios, y otras bases de datos bibliográficas, y el 17 % tenía acceso a la *World Wide Web*. Otro resultado interesante de este estudio fue que la mayoría tenía algún conocimiento de los términos técnicos utilizados en la medicina basada en la evidencia, pero menos de un tercio se sentía capaz de explicar a otros el significado de estos términos. Mucho de los encuestados pensaban que la mejor manera de pasar de la práctica basada en la opinión, hacia la MBE era mediante el uso de directrices basadas en la evidencia o los protocolos desarrollados por colega.⁴

Otro estudio que evaluó las habilidades en 521 médicos de la Sociedad Canadiense de Medicina Interna, demostró que aún los médicos más entusiastas de la MBE se basan más en las fuentes tradicionales que en información proveniente de fuentes relacionadas con la MBE. Además definió como los obstáculos más importantes para un mayor uso de la MBE en la práctica de los médicos, la falta de conocimiento y familiaridad con los conocimientos básicos, en lugar de escepticismo sobre el concepto.¹⁰

Las principales razones para no practicar efectivamente la MBE aducida por 24 médicos generales en la región norte del río Thames, estuvieron relacionadas con factores del paciente, la falta de tiempo, la falta de conocimientos y habilidades, la falta de recursos, y "fallas humanas". Sus principales fuentes de información en casos de incertidumbre fueron colegas clínicos generales y médicos de hospitales. Fue también asumido que la hipótesis central de la medicina basada en evidencia como paradigma, no era compartida por muchos médicos generales.¹¹

Sin embargo, a juicio de los autores, aunque un tercio de los encuestados refirió tener en cuenta el costo de los medicamentos en el acto de la prescripción, este valor es bajo. Todo profesional de la salud que prescribe medicamentos, debe tener necesariamente en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, ya que estas ejercen una influencia en la actuación profesional y por tanto en la acción de salud que se realiza. Así, el profesional de la salud que prescribe debe siempre considerar los limitados recursos económicos del paciente, sus concepciones culturales, su grado de instrucción y conocimiento sobre el uso de medicamentos, su entorno familiar, el costo de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros.¹² Los prescriptores tienen la responsabilidad de conjugar todos estos factores para decidir lo mejor en cada caso, según criterios técnicos, sociales y éticos.

Las expectativas de los pacientes no siempre se correlacionan con «la percepción que los profesionales tiene de la salud de ellos». De hecho, se ha demostrado que la satisfacción del paciente no corresponde necesariamente con las recetas que reciben, y la provisión de información y seguridad, a veces puede ser más importante.¹³ En este estudio la preferencia del paciente no se tuvo en cuenta en el acto de la prescripción. Este elemento es importante si se tiene en cuenta que la participación del paciente en el acto de la prescripción, aumenta la adherencia de estos al tratamiento.¹⁴

La prescripción de un medicamento en nuestras estructuras de atención a la salud, es un acto frecuente. El medicamento en sí, no puede considerarse como un producto final de la atención sanitaria, sino como un mecanismo de intervención (o producto intermedio), derivado de un proceso previo que incluye la valoración del diagnóstico o indicación con todo lo que esto implica (síntomas, signos, antecedentes, historia previa del paciente, factores de riesgo adicionales) y la selección de la intervención a aplicar (selección del medicamento más idóneo para la situación valorada). De hecho, la idoneidad de la utilización del medicamento dependerá en buena medida, del proceso que ha llevado a decidir su utilización, y el resultado final de su aplicación dependerá además, de cómo el paciente lo utilice.

Cuando se habla de medicamentos en los sistemas de salud, el debate se centra en el aspecto económico y más específicamente en su coste directo. Es evidente que los medicamentos suponen un gasto importante en los sistemas de atención a la salud. Buena parte del presupuesto sanitario se dirige a financiar este recurso. El problema económico de la utilización de medicamentos se centra en su coste de oportunidad, y en su impacto en la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

Sin embargo, este no es el único problema que enfrentamos con el uso de los medicamentos. No es ninguna novedad que el resultado de las decisiones clínicas aún no es el deseable, en comparación al que esperaríamos con la incorporación de la evidencia científica en estas. La variabilidad en la toma de decisiones clínicas, con respecto a la utilización de medicamentos que observamos en prácticamente todos los entornos asistenciales, y que está en buena parte desvinculado de las características del paciente, es un elemento que debe considerarse a la hora de hacer una valoración de la adecuación del uso de este recurso terapéutico.

Lo anteriormente dicho, evidencia la complejidad que implica prescribir con evidencia. A juicio de los autores esto pudiera haber influido en la variada respuesta dada por los encuestados, relacionada con los aspectos de la prescripción, sobre los que habitualmente busca información científica (interacciones, RAM, prescripción en situaciones especiales).

Por otra parte, al revisar los ensayos clínicos publicados se observa que estos aspectos de la prescripción son poco estudiados, por lo que constituyen lagunas del conocimiento.

Enfrentarse a disímiles barreras en el momento de aplicar la MBE en el acto de la prescripción, resultó frecuente en los encuestados. Este proceso implica tomar decisiones constantemente, dar consejos y hacer recomendaciones, raras veces con absoluta certeza; se convive a diario con la incertidumbre. Son cuestionables al cabo de un tiempo, la vigencia de los conocimientos adquiridos durante la formación y también la de la información contenida en los libros de texto.

La cantidad de publicaciones y fuentes de información es enorme; y nuestro tiempo, conocimientos y medios para localizar, leer, interpretar y asimilar lo publicado, no son suficientes. En un artículo publicado en *JAMA* en el año 2001¹⁵ se plantea que un especialista de medicina interna necesitaría leer para mantener su conocimiento, 20 artículos diarios, todos los días del año; pero aunque la disponibilidad de revisiones sistemáticas y guías, reduce la necesidad de lectura de artículos originales, resulta muy difícil mantener este ritmo.

El éxito en la atención sanitaria basada en la evidencia, se apoya no solo en conseguir una actualización continua, sino también en la posibilidad de disponer de información fiable capaz de dar respuesta a cualquier pregunta, surgida durante la práctica del trabajo clínico. El movimiento de MBE ha estimulado que se utilice la información

científica de manera directa y previa a la toma de decisiones; sin embargo para realizar una búsqueda bibliográfica, leer y evaluar críticamente los artículos, es necesario disponer del tiempo y de los conocimientos necesarios para hacerlo.¹⁶

Afortunadamente los recursos para disponer de información adecuada han evolucionado mucho en los últimos años, las búsquedas de información son cada vez más rápidas y más satisfactorias, a pesar de esto continúa siendo un reto, disponer de la información adecuada en el lugar que se necesita.

La información sobre la investigación médica se presenta en diferentes productos. La investigación realizada directamente sobre pacientes o poblaciones, da lugar a los artículos originales a los que también se les denomina fuentes de información primaria. Revistas como *Lancet*, *NEJM*, *BMJ*, *Medicina Clínica*, *Atención Primaria*, etc., contienen en su mayoría artículos originales y son revistas primarias.¹⁷

Las fuentes de información médica secundaria ofrecen la síntesis de los resultados de la investigación recogida en las fuentes de información primaria, que seleccionados y evaluados críticamente, facilitan la accesibilidad y la difusión de las conclusiones. Las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y las guías de práctica clínica, son productos de información secundaria realizados con una metodología rigurosa.

No obstante, los autores consideran que a pesar de la gran proliferación de la literatura médica, pocos son los artículos relevantes o que presentan una metodología rigurosa confiable. Esto provoca una disminución del número de trabajos sujetos a evaluar de manera crítica, lo cual deja tiempo disponible para un verdadero análisis.

Por otra parte, aunque los conocimientos necesarios para esta valoración no son parte habitual de la formación del médico, estos se pueden adquirir a partir de cursos y seminarios, sin necesidad de un gran respaldo en epidemiología o estadística.

En cuanto a la disponibilidad de recursos tecnológicos, si bien es cierto que en los políclínicos están instaladas las tecnologías necesarias para la búsqueda de información actualizada requerida, y cuentan con información impresa actualizada, es criterio de los autores que los gerentes no le confieren importancia a esta práctica, aspecto que limita mucho el acceso.

Hay que tener en cuenta que las tecnologías de la información e Internet hacen posible la recogida y análisis de grandes cantidades de datos, y el acceso a numerosas bases y fuentes documentales, lo que junto con el trabajo de organizaciones como la Colaboración Cochrane, que elaboran y difunden revisiones sistemáticas, han hecho posible la aparición y extensión de la MBE, elementos estos no explotados por los prescriptores. Aunque se reconoce que su implementación práctica no es una tarea sencilla ya que requiere de experiencia clínica, y de algunas habilidades que permitan realizar búsquedas bibliográficas y aplicar reglas formales para evaluar la literatura, con el objetivo de afrontar el desafío de nuestra actualización profesional, y resolver las dudas e interrogantes que se nos plantean.

La capacitación fue otra barrera identificada. Sin lugar a dudas, existe la necesidad de que los médicos se actualicen en las informaciones clínicas importantes, y las utilicen en beneficio de la población. La falta de actualización constante lleva al médico, a un progresivo deterioro de su competencia después de terminar su formación. En un estudio aleatorizado realizado en los EE.UU. se encontró que los estudiantes de medicina no son capaces de utilizar de manera adecuada la calidad de las pruebas para guiar la práctica clínica.¹⁸

Exige un entrenamiento mínimo en estrategias de búsqueda computarizada, para permitir que esta sea sensible y específica, es decir, para obtener solamente toda la información relevante y no otra. Este problema está siendo resuelto con la difusión de estrategias eficientes de búsqueda.

La MBE implica la necesidad de adquirir y desarrollar nuevas habilidades psicomotoras y de pensamiento cuantitativo, cualitativo, crítico y no lineal, desde la interacción con sistemas de cómputo hasta la integración del conocimiento con los valores del paciente. El incorporar la adquisición de estas destrezas, mientras se tiene una apretada agenda de trabajo clínico, requiere iniciativa, interés en el desarrollo profesional, y continuo afán de superación. Lo antedicho pudiera justificar el hecho de que la motivación fuera una limitación en el contexto evaluado para ejercer la MBE.

La falta de tiempo y entrenamiento por parte del clínico bien intencionado, para que de forma crítica e independiente evalúe las pruebas, pone en peligro la base misma de la MBE. Los volúmenes de la investigación se publican todos los días y muchos médicos se quejan de sobrecarga de información y de que no tienen tiempo suficiente, ni la capacitación técnica para leer e interpretar las pruebas disponibles, otras veces les resulta difícil distinguir entre evidencias de alta y baja calidad. En consecuencia, muchos médicos dependen en gran medida en la información de representantes de la industria farmacéutica y la comercialización e información promocional. La calidad de la información de estas fuentes y su impacto en la práctica clínica, han sido objeto de críticas, dado el posible conflicto de intereses; ejemplo, el número de visitas con representantes farmacéuticos ha sido una correlación negativa con la calidad de la prescripción.¹⁹

A pesar de existir un grupo de elementos que limitan la prescripción basada en evidencias tales como: la carencia de tiempo, habilidades, conocimientos y elementos logísticos. Una de las limitaciones para la transferencia de conocimientos a la práctica clínica en la atención primaria, es también el divorcio entre los productores de conocimiento y los usuarios del conocimiento de lo que constituye la evidencia.¹¹

Podríamos preguntarnos ¿Cómo pueden incorporarse entonces, los temas específicos concernientes a la práctica en el nivel primario de atención, a la metodología de la investigación para asegurar que el conocimiento producido sea más útil y sea aplicado?

Esto no solo se ha de resolver mediante el fortalecimiento de la necesidad de educar mejor a los profesionales de la salud con relación a los varios métodos de investigación, ni en mejoras de la comunicación, ni en la incorporación al currículum, ni en la disponibilidad de medios. Una opción interesante sería su incorporación en la producción de este tipo de evidencias y la participación en procesos de deliberación con los productores de conocimiento.

Se concluye que la mitad de los encuestados señalan que sienten frecuentemente necesidad de realizar alguna revisión de publicaciones científicas para dar respuesta a interrogantes que surgen durante el acto de la prescripción; sin embargo, la fuente de obtención de la información que emplean son los libros impresos y los cursos de actualización. Las interacciones y las reacciones adversas son los aspectos de la prescripción sobre los que habitualmente buscan información científica, pero refieren con mayor frecuencia tomar en cuenta la disponibilidad del fármaco en el momento de la prescripción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patiño Torres MJ. Medicina Basa en la Prueba. Conceptos y Aproximación. Med. Intern. (Caracas), 2006;22(1):17-40.

2. Bennett RJ, Sackett DL, Haynes RB, Neufeld VR. A controlled trial of teaching critical appraisal of the clinical literature to medical students. *JAMA*. 1987;257(18):2451-4.
3. Shin JH, Haynes RB, Johnston ME. Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning. *Can Med Assoc J*. 1993;148(3):969-76.
4. Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray JA, Haynes R, Scott Richardson W. Medicina Basada en Pruebas: Lo qué es y lo qué no. *British Medical Journal*. BMJ. 1996;312(7050):71-2.
5. McColl A, Smith H. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ*. 1998;316(7128):361-5.
6. Alonso González R, Bayarre Vea H, Artiles Visbal L. Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad. *Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]*. 2004 Jun [Consultado: 18 de agosto de 2011];30(2): [aprox. 3 p.] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200006&lng=es
7. Higueras E. Un programa informático ayuda a los nuevos médicos a prescribir con seguridad. [en Internet]. [Consultado: febrero de 2011]: [aprox. 2 p.] Disponible en: http://www.tendencias21.net/Un-programa-informatico-ayuda-a-los-nuevos-medicos-a-prescribir-con-seguridad_a5006.html
8. Ministerio de Salud del Perú. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. Dirección General de Medicamentos e Insumos (DIGEMID), Lima; 2005. [Consultado: febrero de 2011]: [aprox. 96 p.] Disponible en:
http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/Manual_de_Buenas_Practicas_de_Prescripcion_Imprenta1.pdf
9. Coronel MR. Internet y redes sociales en medicina. [en Internet]. [Consultado: febrero de 2011]: [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios /2011/06/05/internet-redes-sociales-medicina>
10. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ*. 2001;323(7321):1100.
11. McAlister FA, Graham I. Evidence-based medicine and the practicing clinician. *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14(4):236-42.
12. Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Family Practice*. 1999;16(6):627-32.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dirección de Regulación-Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos médicos, San Salvador. Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción. Salvador; 2009. [Consultado: junio de 2011]: [aprox. 19 p.]. Disponible en:
http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_buenas_practicas_prescripcion.pdf

14. Little P, Dorward M, Warner G. Importance of patient pressure and perceived patient pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. British Medical Journal. 2004; 328(7437): 444.
15. Maxwell Simon RJ. Evidence based prescribing. BMJ. 2005; 331(7511): 247-8.
16. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. JAMA. 2001; 286(20): 2578-85.
17. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare. Evid Based Med. 2006; 11(6): 162-4.
18. Lee TH. Eulogy for a quality measure. N Engl J Med. 2007; 357(12): 1175-7.
19. Schwartz A, Hupert J. Medical students' application of published evidence: randomized trial. BMJ. 2003; 326(1410): 53638.

* El criterio razonable y comprensible fue modificado a comprensible, por ser la categoría explorada.

Recibido: 18 de octubre de 2011.

Aprobado: 26 de abril de 2012.

Liuba Alonso Carbonell. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. Calle 200 esquina 21, Atabey, municipio Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
peveliu@infomed.sld.cu