

Neurología basada en la evidencia

Olivares L Ladislao*

La medicina basada en la evidencia (MBE), que engloba a la neurología con el mismo nombre, es la expresión del más reciente esfuerzo que en forma permanente se hace por introducir la ciencia al arte médico y la prueba más sobresaliente de su importancia está en el reconocimiento que recibe en aulas, publicaciones y reuniones médicas de todo tipo. Su entusiasta aceptación, influida indudablemente por su contundente nombre, ha conducido, inevitablemente, a la creación de revistas y cursos de capacitación sobre cómo optimizar su uso y la facilidad con que sale a relucir en las discusiones médicas en las que, sin mucho atender a su teoría, se le utiliza como una cómoda herramienta para defender las propias ideas o atacar las de aquellos que se oponen a las mismas.

Contrastando con lo anterior se tiene la carencia (a más de quince años de haberse iniciado su aplicación) de una prueba que científicamente demuestre que la aplicación meticulosa de los principios más defendidos por la MBE hayan servido para mejorar, más allá de lo esperado por el simple progreso en la ciencia médica, la calidad de las decisiones médicas en lo que se refiere al abatimiento de la morbilidad y mortalidad, la satisfacción de los usuarios, el incremento en la calidad de vida de los pacientes o el mejoramiento en la relación costo-beneficio de los servicios. La carencia de tan importantes logros pudiese tener diversas explicaciones, como las siguientes:

1. La simple indiferencia del gremio médico hacia las innovaciones que se ofrecen.
2. La dificultad para asimilar el significado de los diversos puntos que el nuevo método otorga.
3. La reticencia para aceptar la plena validez científica de las propuestas.
4. La exclusión de sus temas de estudio de los dilemas terapéuticos más importantes de nuestra época como los referentes a la enfermedad vascular cerebral aguda y los padecimientos degenerativos del sistema nervioso.
5. El escepticismo que se genera por la discordancia que frecuentemente ocurre al cotejar la decisión influida por el juicio clínico y la que simplemente se hace en acatamiento de las normas que provienen de la revisión de la literatura y, de ésta, la que especialmente se refiere a estudios controlados y el metanálisis de los mismos.

La MBE propone que la evidencia documental preferible sea la proveniente de publicaciones que cumplan ciertos requisitos especiales concernientes al diseño y la ejecución de cada estudio, evidencia documental muy meticulosa pero indirecta por naturaleza, que no es necesariamente superior a la que el clínico obtiene directamente de su enfermo. La ostensible predilección de la MBE a favor de la evidencia indirecta puede servir para descalificar cualquier decisión médica por el sólo hecho de provenir de alguien (que bien puede ser el más reconocido de los expertos) cuyos conocimientos no sólo se refieren a lo encontrado en la literatura reciente sino a la difícil verbalización de lo visto, leído, oído o de alguna manera ensayado en el curso de una larga serie de experiencias atendiendo enfermos, con el peligro de desechar automáticamente como una simple observación anecdotaria el valor que pudiese tener una observación interesante lograda en la práctica como lo fue en cierto momento el descubrir que un antiviral (la amantadina) tiene utilidad en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

El descalificar de un plumazo el juicio de los expertos como algo inferior a la MBE, en el momento presente, no pasa de ser más que la expresión de un desmedido entusiasmo por la MBE en la medida que ésta y los métodos que recomienda sólo alcanzan a evaluar una pequeña parte del conocimiento médico, el cual, por lo pronto, tiene sus mejores depositarios en expertos y lo que ellos vierten a sus alumnos en aulas, salas de hospital y textos de medicina. La observación anecdotaria menospreciada por la MBE no siendo otra cosa que un evento que se aleja del centro de la curva de Gauss, puede ser a fin de cuentas, el inicio de un nuevo descubrimiento que sirva para el progreso de la medicina o la advertencia para el clínico de que no toda su práctica deba ser basada en extrapolaciones de estudios realizados en poblaciones con las que el sujeto enfermo quizás no tenga mucho en común.

Los efectos indeseables de la MBE derivan de la pretensión de algunos de sus seguidores de convertirla en la instancia definitiva para resolver un gran número de controversias referentes a las decisiones médicas sin tomar en cuenta sus limitaciones. A tales limitaciones nos referire-

* Neurólogo. Médica Sur. Ex Presidente de la Academia Mexicana de Neurología. Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

mos después de exponer su filosofía limitándonos por ahora a señalar las que más importan para la práctica de la clínica, incluyendo la clínica neurológica.

Ya aludimos arriba al intento que se ha hecho de abatir el valor que tiene la experiencia clínica y el del aprovechamiento de la serendipia como un instrumento legítimo para encontrar nuevas formas de resolver problemas aun en aquellos casos en que el innovador sea un neurólogo que, ganándose la vida atendiendo enfermos, no tenga el tiempo, los recursos o el interés para validar su idea mediante un experimento controlado y decida abstenerse de comunicar sus observaciones anecdóticas “no basadas en la evidencia”. Puede ser que el gremio médico mismo llegase a renunciar a la visión de la clínica como un arte perfectible mediante el repetido experimentar y empiece a actuar en disciplinado acatamiento de las normas provenientes de los centros de evidencia o que, simplemente, al desechar a la MBE como herramienta poco práctica acepte y ensanche la brecha que siempre ha habido entre la teoría y la práctica.

Respecto al último punto conviene recordar que el movimiento en pro de la MBE tuvo su surgimiento en ambientes privilegiados en los cuales son pocos los obstáculos que hay que vencer para otorgar una atención médica con suficientes apoyos materiales y organizativos en los que el problema de la capacitación del personal no sólo está resuelto para los médicos sino para todos los que se encargan de agilizar los servicios. En tan favorables circunstancias es concebible esperar beneficios de los refinamientos que la MBE promete mientras que, en el ambiente de rezagos que prevalece entre nosotros, la sola introducción del tema de la MBE sólo pudiese servir, por las dificultades que se anticipan en su cumplimiento, para fomentar el desaliento de un personal de por sí débilmente motivado. Al referirse a nuestro particular ambiente no resulta ocioso el mencionar el intento de mejorar la calidad de la atención mediante el ordenamiento que nos fue dado ensayar hace ya varias décadas en el entonces Centro Hospitalario “20 de Noviembre” del ISSSTE, cuando se puso a prueba la hipótesis de que la creación de un Servicio de Neurología de primer nivel no era tanto un asunto de recursos materiales sino de organización de todo lo que en términos humanos y materiales se tenía disponible. Así, contando con la noción de lo que se deseaba lograr, el plan de acción fue bastante parecido al de quienes, cuando al decidirse a construir un edificio empiezan adquiriendo un plano, haciendo un levantamiento del terreno y estudiando la forma en que los componentes habrán que ensamblarse aplicando de manera intuitiva el procedimiento que posteriormente supimos que se llama investigación operativa. Para ello se hizo necesario enterarse de los conocimientos y la mentalidad del personal médico y administrativo que habría de utilizarse,

indagar el potencial de colaboración de los servicios aledaños (laboratorio, radiología, terapia intensiva, patología, rehabilitación, etc.) para eventualmente poder generar una maquinaria de atención neurológica apropiada a los conocimientos de la época sin ignorar las limitaciones insuperables correspondientes al medio. En tales tiempos y al no contar con el acceso a la información que actualmente se tiene mediante la computadora y la Internet, la máxima aspiración en lo que se refiere a apoyo documental (evidencia externa en el lenguaje empleado por la MBE) consistía en poder aprovechar puntualmente las revistas médicas que mensualmente llegaban al hospital.

Sin salirnos del ejemplo empleado, para un gran número de los servicios actualmente existentes, el conceder prioridad a la introducción de la MBE en sus programas de trabajo bien podría ser tan inapropiado como lo sería, para el constructor de una casa, el ocuparse de los acabados de la construcción cuando ésta se encuentra aún en obra negra. De mayor beneficio para los usuarios de los servicios vendría a ser el corregir los defectos organizativos que se repiten en nuestras instituciones médicas: servicios de urgencia que no atienden prioritariamente sus problemas, programación de citas en manos y a criterio de las recepcionistas, mecanismos de referencia-contrarreferencia inoperantes, expedientes clínicos de formato anticuado que con facilidad se extravían, retrasos en los estudios, servicios de terapia intensiva no protocolizados, falta de instrumentos para el control de calidad de las acciones, deficiente asesoría para los pacientes y familiares, etc.

La MBE, independientemente de su grado de relevancia para la práctica médica contemporánea, forma ya parte de nuestro léxico médico cotidiano y por tal motivo resulta prudente el profundizar acerca de su marco doctrinario y las ventajas y limitaciones que su aplicación pudiese tener en ambientes mejor organizados que el nuestro. Para estos la MBE es, antes que nada, un manifiesto que declara la posibilidad de incrementar el valor científico de las decisiones médicas mediante el “uso conciencioso, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible” teniendo en cuenta que ésta misma se compone de dos ingredientes distinguibles entre sí por su forma de obtención:

1. La evidencia interna que consta de todo aquello que se hace accesible al clínico a través de su trato directo con el paciente y que normalmente se sistematiza en el expediente clínico del mismo.
2. La evidencia externa que tiene una diversidad de fuentes posibles aunque, para el caso al que se refiere la MBE, concierne principalmente a publicaciones médicas y, de ellas, especialmente aquellas cuya calidad cumple con las exigencias que la propia MBE introdujo desde sus inicios.

Su pretendida utilidad consiste en corregir los errores derivados de la simple costumbre, optimizar los efectos de las fórmulas de solución de problemas y resolver las controversias referentes al tratamiento de pacientes.

La MBE hace un alarde de nihilismo (no basado en un estudio formal) al nulificar el valor de las afirmaciones ex cátedra provenientes de los “expertos médicos” (las comillas son de los defensores de la MBE) considerando que todos estos requieren referir sus opiniones a estudios científicos. Esta afirmación, que se encuentra en la parte medular de la MBE, al supeditar el valor de cualquier decisión clínica particular a lo que está estrictamente validado mediante estudios controlados cancela el valor que tiene la toma de decisiones que, siendo en apariencia caprichosa, se hace tomando en cuenta la serie de condicionantes que individualizan al sujeto enfermo y sus problemas. La diferencia entre una y otra forma de tomar decisiones resulta fácil de evidenciar si se está dispuesto a poner en práctica el rudimentario experimento que nos gusta hacer cuando a algún paciente al que ya hemos estudiado y diagnosticado se le recomienda que busque, usando como palabras claves las más sobresalientes respecto a su caso, lo que bien pudiésemos llamar una “segunda opinión electrónica” tomando como base lo que ya le hemos explicado acerca de su enfermedad y el tratamiento que habrá de darse. La búsqueda en Internet, con frecuencia produce resultados que difieren de lo expresado por nosotros en la consulta y que terminan por requerir de una ampliación de lo explicado al paciente en la consulta previa.

El experimento descrito y sus resultados, sin querer acercarse a los refinamientos que la MBE aporta, representa una metáfora de lo que la evidencia indirecta puede aportar en la toma de decisiones médicas y que bien pudiese resumirse de la siguiente forma:

1. Cualquier información, documental o de otro tipo es valiosa en el proceso de cancelar, reforzar o modificar una decisión médica independientemente de su origen y relevancia.
2. La investigación bibliográfica (“información para prescribir”) con respecto a los fármacos que se decida utilizar, siendo prudente en cualquier caso, es obligatoria cuando el paciente pertenece a una población especial o el medicamento elegido es poco usual para el clínico.
3. Una investigación basada “en la mejor evidencia posible” es útil en los casos de posible controversia terapéutica o de alto costo del tratamiento.

Cumplidos los requisitos anteriores y sin importar el grado de coincidencia con lo que venga implícito en la investigación bibliográfica, la decisión diagnóstica o terapéutica seguirá estando a cargo del clínico, quien se responsabilizará

ante el paciente de sus consecuencias. Tal fórmula no podrá cambiar mientras siga existiendo la relación médico-paciente en la versión que se ha venido dando desde siempre.

Aclarado lo anterior conviene referirse a la parte sustancial de la MBE y la forma en que se ha querido convertir en el factor decisivo en la toma de decisiones médicas. Las inevitables controversias que pudiesen surgir acerca del valor absoluto y relativo de ciertos tratamientos es un asunto que sólo puede resolverse mediante el estudio de casos y controles de grupos de pacientes debidamente identificados cuyo seguimiento (preferentemente sin deserciones) se haga por tiempo suficiente. La participación de la MBE en estos casos vendría a consistir en validar las técnicas empleadas en las investigaciones, el comparar los resultados de las investigaciones hechas en distintos ambientes y por distintos investigadores y expresar una opinión acerca de la aplicación de los resultados de un estudio o estudios que a fin de cuentas sólo son una muestra de la población. Los estudios a cargo de los expertos en MBE, en tales circunstancias, tienen su máxima pertinencia y utilidad para resolver controversias que nunca podrían resolverse a través de la experiencia personal del clínico, como el valor de las estatinas y los antiplaquetarios en la prevención de la enfermedad vascular cerebral o la utilidad de ciertos medicamentos en el tratamiento de algunos padecimientos degenerativos del sistema nervioso.

Los obstáculos a vencer para resolver enigmas de esta clase no se limitan a conseguir un número suficiente de pacientes (para lo cual la técnica del meta análisis pudiese ser un recurso efectivo) sino a encontrar estudios controlados que son costosos y quienes los patrocinan, esperando lograr alguna eventual ganancia, difícilmente estarían dispuestos a invertir dinero en una investigación sobre el carbonato de litio en la depresión sabiendo que esta sustancia, siendo un producto natural, no podría producir las mismas ganancias que daría un producto patentado. Así, la MBE tiene una limitante no sólo en la obtención de una muestra equilibrada de temas de estudio sino también en conseguir información valiosa referente a tal o cual producto farmacéutico tomando en cuenta que no todo lo que se estudia en grupos controlados de pacientes será tema de publicación. Así una publicación podrá pasar por todos los tamices de la MBE y recibir la máxima calificación en lo que se refiere a la evidencia que contiene pero, al no tomarse en cuenta los resultados discordantes no publicados de otros estudios sobre el mismo tema, tendrá un valor científicamente disminuido.

Los iniciadores del movimiento en pro de la MBE centran su preocupación en encontrar los rasgos de los estudios que aportan las mejores evidencias para lo cual ellos mismos han diseñado escalas que discriminan las eviden-

cias indirectas en categorías. Tales rasgos, que permiten la evaluación crítica de las técnicas usadas por los investigadores en sus publicaciones, incluyen:

1. Consideraciones respecto al diseño del estudio. Los estudios de alta calidad deben tener criterios de eligibilidad bien definidos y tener pocos datos faltantes.
2. Consideraciones de generalización de los resultados. Ciertos estudios pueden dar resultados solamente aplicables a poblaciones estrechamente definidas de pacientes no generalizables a la práctica general.
3. Seguimiento suficientemente largo.
4. Número suficiente de casos reclutados en el estudio. Un cálculo matemático complicado puede servir para determinar si el número de pacientes es suficiente para detectar diferencias entre los brazos de tratamiento. Un estudio negativo puede reflejar una falta de beneficio o simplemente una falta de suficientes pacientes para detectar diferencias.

El costo de diseñar, ejecutar, analizar y publicar un estudio que cumpla con los criterios de la MBE constituye por sí mismo una limitante grave para la MBE si es que ésta se quiere realizar en apego a su máxima exigencia. El clínico que ha pasado las dos terceras partes de lo que ya parece ser una larga vida tiene, casi por necesidad, que descubrir formas originales para resolver problemas cuya divulgación, antojándose difícil en la era previa a la MBE, resultaría en nuestra época un sueño irrealizable en perjuicio ya no tanto de los personales pacientes sino de muchos otros para los cuales las exigencias de la MBE resultan un grave obstáculo.

Lo expuesto hasta este momento debe servir para darle una ubicación a la MBE dentro de la práctica neurológica contemporánea ya no tanto en el contexto en que la corriente se ha venido desarrollando sino en el que nos es propio. Para ello es necesario tener en cuenta que el perfil epidemiológico de la neurología en nuestro medio es distinto al de los países desarrollados no sólo en lo cuantitativo como en lo cualitativo y que las generalizaciones que pueden hacerse acerca de lo publicado en otros ambientes sólo podría extrapolarse a nuestra población de enfermos sin tomar en cuenta lo que la genética y el ambiente pueden hacer para modificar la frecuencia y la expresión de las enfermedades.

Tomando en cuenta la virtual imposibilidad para indagar formalmente la evidencia que existe pero está pendiente de captarse de nuestros propios pacientes, para normar nuestras decisiones, habremos de conformarnos con una mezcla de observaciones anecdotásicas con lo que se nos dice que ocurre en otras poblaciones, muy lejana al espíritu de rigidez científica que anima a la MBE.

Así habiendo sido puestos en la categoría de consumidores de una ciencia que no se refiere precisamente a nosotros ni a los problemas que enfrentamos, habría que encontrar la utilidad local que tiene la MBE.

Reconocidas las limitaciones que la MBE tiene para mejorar las decisiones clínicas en cualquier sitio y establecida ya la costumbre nuestra de conocer la teoría de los padecimientos con base en lo que se indaga sobre los mismos en otras latitudes, quedaría por resolverse la utilidad que tendría para nosotros el atender a las evaluaciones que regularmente se producen en lo referente a la evidencia médica que se publica en revistas internacionales y si el hecho de que las evaluaciones hayan sido hechas por expertos en MBE sirva de algo para incrementar el valor de la evidencia.

La pregunta no es sencilla de contestar tomando en cuenta los factores de distorsión que se dan en todas las publicaciones y la forma como se ha hecho posible manipular la información científica en medicina sin que los expertos en evaluar publicaciones se encuentren a salvo de sus efectos.

Lo expresado está lejos de ser un llamado al escepticismo o ser una incitación a la práctica de la libertad clínica, la cual, por su naturaleza misma, sólo es conducente a la realización de una interminable serie de experimentos no controlados. Por el contrario, el encontrarnos en la posición de consumidores de una ciencia médica generada en otras latitudes, se vuelve doblemente necesario el acatar las normas que no fueron hechas para nosotros, de tal forma que, al evaluar sus resultados, podamos decidir si son aplicables para nuestra población de enfermos o si es preferible hacerles modificaciones para gradualmente producir una medicina basada en nuestra particular realidad y evidencia.

REFERENCIAS

1. Feinstein AR. *Clinical Judgment*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1967.
2. Olivares L. *Ánalisis de Decisiones en Medicina. El Modelo Operante de la Medicina del Futuro*. México: UNAM SUA; 1983.
3. Caplan LR. *Evidence based medicine: concerns of a clinical neurologist (Editorial)*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 71: 569-74.
4. Lockwood D, Armstrong M. *Integrating evidence based medicine into routine clinical practice: one year's experience at the Hospital for Tropical Diseases*, London. BMJ 2004; 329: 1020-3.
5. Nay R, Fethershaugh D. *Evidence-based practice Limitations and successful implementation*. Healthy Aging and Longevity: Third International Conference. Ann N Y Academ Sci 2007; 1114: 456-63.



Correspondencia: Dr. Ladislao Olivares L.
Médica Sur, Torre 1, Consultorio 217
Puente de Piedra 150, Col. Toriello Guerra,
Del. Tlalpan, C.P. 14050, México, D.F.
Tel.: 5606-7058. Fax: 5606-7058
Correo electrónico: lolivares@yahoo.com.mx