

La búsqueda y utilización de la mejor información en la toma de decisiones médicas

A. Gómez de la Cámara

Unidad de Investigación-Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Desde hace unos años la comunidad médica ha visto desarrollarse una corriente de pensamiento, convertida casi en movimiento profesional, que se ha dado en llamar medicina basada en la evidencia (MBE)¹. Dudo que los firmantes del artículo sobre MBE publicado en JAMA en 1992, pertenecientes en su mayoría al innovador ámbito médico de la universidad de McMaster esperaran una expansión tan espectacular del fenómeno². Detrás del mismo no hay nada espurio, se debe a la coincidencia sinérgica de una serie de circunstancias claramente identificadas.

Ahormando prolegómenos advierto que mi definición favorita de MBE es aquella que la define como *un proceso de autoaprendizaje de por vida que promueve la mejora en el manejo de la información científica y profesional para la toma de decisiones*. Se trata de mejorar la información que maneja nuestro cerebro a la hora de trabajar como médicos, y de acuerdo a las expectativas y las circunstancias que nos acompañan en el año 2002.

La acción más transcendente de un médico es decidir qué hacer, tomar decisiones o proponerlas, frente a los problemas de salud que consultan sus conciudadanos. Tanto mejor serán las decisiones o recomendaciones cuanto más conocimiento científico-médico y juicio clínico, que son dos cosas distintas, posea el citado médico. El conocimiento científico procede del estudio, el juicio clínico de la experiencia. Ambos conforman la maestría profesional. Ante una consulta, el médico observa al paciente y sus circunstancias, interpreta médicaamente la situación (hace uso de sus conocimientos y habilidades), atiende sus valores y los de su paciente, y propone un curso de acción. Son los componentes del acto médico. Hemos señalado circunstancias, valores y por supuesto, conocimiento. Dentro del conocimiento, sin haberlo citado de forma explícita, hay datos, información y procesos. Con ellos descubrimos

que en medicina existe el razonamiento objetivo. El razonamiento médico objetivo es un componente indispensable de la práctica médica. Se construye con información elaborada científicamente. Es coherente, sistematizable y de aplicación universal. Nos sirve para argumentar las decisiones de nuestra práctica clínica. Las decisiones, por tanto, se pueden basar en información científicamente contrastada. A esa información contrastada, obtenida mediante la utilización del método científico la hemos llamado, arbitrariamente, evidencias, y a la forma de ejercer la medicina que cuida este aspecto, medicina basada en la evidencia.

Hay colegas que han propuesto desde siempre que sólo utilicemos información contrastada y fiable, es decir, pruebas, hechos demostrados, en nuestras decisiones. Muchos estamos de acuerdo y proponemos intentarlo siempre que podamos.

Pero sabemos que es difícil y en ocasiones imposible. La prueba está en la enorme variabilidad de la práctica clínica. Observamos que la práctica clínica no es un fenómeno exacto y reproducible. Los mecanismos que rigen la toma de decisiones son difíciles de entender. Sin duda hay decisiones correctas, pero sin duda las hay también incorrectas y el mecanismo para saber cuál es la mejor es difícil y elusivo. La resultante es que muchas decisiones médicas parecen arbitrarias, altamente variables y sin explicación obvia. Existe una gran variabilidad intra e intermédicos respecto a las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae como consecuencia un marco de trabajo con un gran grado de incertidumbre^{3,4}.

Hay una variabilidad dependiente del entorno y condiciones de trabajo y hay otra variabilidad difícilmente explicable que si fuera consecuencia directa de la arbitrariedad tendería a deteriorar la calidad de los cuidados médicos, producir un efecto lesivo sobre el crédito profesional y sobre los pacientes, y en definitiva, a cuestionar la eficiencia y seguridad del sistema sanitario⁵.

Son causas claras de variabilidad las características naturales de los pacientes, la imprecisión de la información suministrada, el examen físico y las pruebas diagnósticas y su interpretación. Influyen sobre la variabilidad las características de sistema sanitario, sus recursos humanos, téc-

Correspondencia: Dr. A. Gómez de la Cámara.
Unidad de Investigación-Epidemiología Clínica.
Hospital 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km 5,400.
Madrid 28041.
Correo electrónico: acamara@ha120.es

nicos y financieros. También sabemos que tiene su efecto sobre la variabilidad el estado de salud de la población, la distribución específica y heterogénea de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo en la población atendida. Las características de los médicos van a determinar variaciones en la práctica. Existen diferentes «patrones» de práctica clínica, según trabajen los médicos aislados o en equipo, con o sin protocolización de actividades o con ejercicio en el sistema público o privado, entre otras circunstancias. Hay también diferentes «estilos» de práctica clínica. La práctica en apariencia adherida al rigor y ortodoxia científica depende en realidad de actitudes personales del médico, motivaciones, estímulos, creencias.

Ahora bien, todas estas causas juntas no consiguen explicar el componente mayoritario y no deseado ni lógico de la variabilidad. Permanece una variabilidad no explicada o no explicable y cuya magnitud es superior. Los estudiosos dicen que el origen de esta fuente de variabilidad cabe buscarlo en otra dimensión de la práctica clínica y el origen más señalado recae sobre *la distinta calidad de la evidencia científica y profesional que manejamos los médicos*⁵.

A su vez, la calidad de la información científica que subyace a la toma de decisiones puede estar condicionada por otra serie de circunstancias. Influye por un lado la ausencia de información. Cuando no hay evidencia científica disponible el médico tiende a basar sus decisiones en su exclusiva experiencia y la posibilidad de equívoco aumenta. Las observaciones personales son escasas y no sistematizadas, la memoria es selectiva, las apreciaciones sesgadas, la mente no elabora comparaciones aleatorizadas entre pacientes. Influye también la inaccesibilidad a las fuentes de evidencia. Esto antes era un eximiente, hoy es un agravante. Cualquiera puede tener en su casa una excelente información científica procedente de cualquier parte del mundo por un precio mensual muy inferior al que cuesta tomarse unas copas o mantener el vicio del tabaco. Pero el más grave de los problemas hoy no es la falta de información o la indolencia informativa, sino la falta de destreza en el análisis de la información. Es nuestro talón de Aquiles. ¿De qué nos vale tener toda la información del mundo si después no la entendemos? ¿Quieren poner nervioso a un colega?, encárguelo una sesión bibliográfica. La destreza media en la lectura e interpretación de información científica es muy baja. Procedemos de un sistema docente deleznable y con aversión por la calidad y autonomía intelectual. Seis sesiones de 45 minutos distribuidas a lo largo de un año y medio dedicadas al aprendizaje de técnicas de lectura/estudio de la literatura y actualización bibliográfica pueden enmendar esta situación.

Otras situaciones que agravan la desinformación son además el ingente caudal de información nueva, redundante o innecesaria que nos ahoga, la presencia de información mala, incorrecta o tendenciosa. Es una plaga bíblica. Cuanto más publicaciones, cuanto más sofisticado es el disfraz, guía de práctica clínica, revisión sistemática, etc., peor. La información no validada ni fiable inunda los sistemas de comunicación científica llenándolo de «ruido» que confunde, desorienta e induce a error en la toma de

decisiones. La manida culpabilidad atribuible a la industria farmacéutica es sólo un caso particular y menor en el actual lodazal de publicaciones y «páginas güeb».

Para colmo, la pérdida de actualización científica nos ataca desde muy pronto. Nos ocurre sin querer, aunque no de manera obligatoria. La información médica se produce y renueva permanentemente de manera inabarcable, influyendo de manera errática o no validada en la práctica. Es difícil el acceso y seguimiento de toda esa información. El grado de actualización decae con el tiempo y la formación médica continuada clásica no funciona⁶. Todas estas circunstancias parecen que no se van a solucionar pronto, pero el médico tiene necesariamente que seguir tomando decisiones.

Sin embargo, la medicina no es una práctica aleatoria o fraudulenta. Es posible una reducción de la incertidumbre y un mayor control de los mecanismos de toma de decisiones por parte del médico. En concreto la utilización óptima de información científica contrastada y fiable, aquella procedente de la mejor investigación médica sería la clave de un aumento en la eficacia de práctica clínica y de la atención sanitaria en general, reduciendo la incertidumbre y aumentando la estima y aval ético del profesional⁷.

Debemos abandonar el modelo clínico tradicional basado en la intuición, en la experiencia clínica no sistematizada y en el culto a la fisiopatología aislada o de salón², y sustituirla por un modelo de ejercicio basado en la identificación, manejo y aplicación de la mejor información procedente de la mejor investigación sanitaria. No hay una autoridad científica predefinida, sólo hechos y argumentos.

1. La experiencia clínica y el desarrollo del instinto clínico son cruciales y necesarios para ser un médico competente, pero no son suficientes. En ausencia de información recogida con orden, rigor y comprobación científica uno debe ser muy cauto en la interpretación de la información derivada de la sola experiencia clínica y la intuición dado que muchas veces pueden estar equivocadas.

2. El estudio y el entendimiento de los mecanismos básicos de la enfermedad son necesarios pero no suficientes para guiar la práctica clínica. El razonamiento para el diagnóstico y el tratamiento derivados de mecanismos fisiopatológicos a menudo son incorrectos, y dan lugar a predicciones inexactas sobre funcionamiento de las pruebas diagnósticas y en la eficacia de los tratamientos.

3. El entendimiento de ciertos principios, métodos y reglas de comprobación científica y/o evaluación son necesarios para interpretar correctamente la información y la literatura sobre causalidad, pronóstico, pruebas diagnósticas y estrategias de tratamiento.

Se deduce por lo tanto que los médicos *debemos documentarnos para tomar decisiones y por tanto consultar regularmente la literatura médica original*. Debemos leer y ser capaces de valorar críticamente, de manera razonable y factible, no sólo la introducción y discusión, sino además la sección de métodos y resultados de los artículos a la hora

de resolver los problemas clínicos para proveer el mejor cuidado posible a nuestros pacientes⁸.

El mensaje fundamental es que el médico debe ganar en destrezas y habilidades para realizar valoraciones independientes de la información científica circundante, y por lo tanto poder evaluar la credibilidad de los contenidos⁹. Es decir, *aprender a aprender*. Debemos realizar una gestión eficiente de la información científico-clínica que nos rodea instruyéndonos sobre la mejor identificación, captación y recuperación de información científica, válida y fiable, aplicable a la clínica.

La práctica de la medicina basada en la evidencia es un proceso de aprendizaje autodirigido que dura toda la vida, en el que el cuidado de los propios pacientes crean la necesidad de información clínicamente importante sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y otras cuestiones clínicas y de asistencia sanitaria, y que podemos realizar de manera permanente a través del siguiente y simplificado proceso⁷:

1. Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta.
2. Localizar con la máxima eficiencia las mejores evidencias científicas con las que responder (sean sobre exploración clínica, diagnóstico de laboratorio, o de otras fuentes bibliográficas).
3. Valorar críticamente la validez, fiabilidad y utilidad de las evidencias encontradas.
4. Aplicar los resultados de esa valoración a la práctica clínica.
5. Evaluar su rendimiento.

BASES PARA LA PRÁCTICA

Se debe practicar la MBE porque detenerse frente a un problema y dedicarlo un tiempo de estudio original y particular es la esencia de la atención médica digna y del desarrollo profesional eficaz. Se puede ejercer la MBE porque tenemos los medios. Durante las últimas décadas se han creado y alimentado excelentes centros de documentación médica y bibliotecas que son accesibles universalmente. Gozamos de sistemas de comunicación y transporte de datos al alcance de cualquiera. Hemos madurado en las últimas décadas una base clínicométrica útil y necesaria para verificar la validez y fiabilidad del conocimiento que el médico clínico construye o utiliza y para valorar la eficacia o

alcance de sus intervenciones. Se trata de herramientas que no proceden del estudio de la semiología clínica pero que incumbe a los clínicos. Así hablamos de factor de riesgo, *odds ratio*, nodo de decisiones, cociente de verosimilitud, reducción relativa del riesgo o número de sujetos necesarios a tratar para evitar un nuevo caso de enfermedad como elementos argumentales de la práctica clínica. Cuando queremos, somos capaces de recopilar y sintetizar la mejor información profesional existente en forma de guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas. Además, sabemos cómo valorar la validez y adecuación de nuestras intervenciones y recomendaciones.

La MBE no es un libro de recetas de medicina. Requiere un enfoque ascendente que integre las mejores evidencias científicas con la maestría clínica individual y las preferencias de los pacientes y por lo tanto no puede resultar en un enfoque esclavizante. La evidencia científica puede conformar pero nunca sustituir a la maestría clínica, porque es esta maestría clínica la que puede decidir si la información, aun cuando sea de extraordinario interés científico, es realmente aplicable a nuestro paciente individual.

No consiste en sabérselo todo, no consiste en revisarlo todo, consiste, nada más y nada menos, en ser cada vez más dueños de los argumentos en que basamos nuestras decisiones médicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett D, Rosenberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. [Editorial] BMJ 1996;312:71-2.
2. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-5.
3. Wennberg J. Dealing with medical practice variation: a proposal for action. Health Aff 1984;3:6-31.
4. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. Health Aff 1984;3:74-89.
5. Eddy DM. The challenge. JAMA 1990;263:287-90.
6. Sackett D. Applying overviews and meta-analyses at the bedside. J Clin Epidemiol 1995;48:61-6.
7. Sackett D, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone; 1997.
8. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Asmith R. Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. BMJ 1995;310:1085-6.
9. Haynes RB, Mckibbon KA, Fitzgerald D, Guyatt GH, Walker CJ, Sackett DL. How to keep up with the medical literature: I. Why try to keep up and how to get started. Ann Intern Med 1986;105:149-53.