

EDITORIAL

Dermatología basada en la evidencia

Urbano González Castro y Ramón Pedragosa Jové

Servicio de Dermatología. Clínica Plató. Barcelona.

La importancia de la medicina basada en la evidencia en dermatología ha sido motivo de varios artículos en los últimos años^{1,2}. Este relativamente nuevo paradigma de la medicina supone el uso intencionado, metódico y prudente de los conocimientos científicos disponibles para tomar decisiones en atención sanitaria³. La utilización del método científico es lo que debe caracterizar a la medicina moderna o científica y, como consecuencia, la mejor fuente de información para su práctica es la procedente de la investigación científica. A esta información es a lo que se refiere el término «evidencia», derivado del anglosajón *evidence*. Sin embargo, lo cierto es que no siempre utilizamos la evidencia científica en nuestra actividad clínica. Las fuentes del conocimiento más habituales son la tradición, la autoridad académica, la experiencia personal o el sentido común. Una posible explicación de este hecho puede ser que el clínico que pretende utilizar la investigación científica como fuente principal de conocimiento se encuentra con muchas dificultades. La principal es la gran cantidad de información existente que tiende a acumularse de forma rápida y progresiva. Pero también puede haber un difícil acceso a la información, barreras idiomáticas o dificultades en la asimilación del contenido técnico. Estos problemas parecen ser comunes a toda la ciencia. Wilson, un pionero de la sociobiología, expresa así su visión del futuro en cuanto a un acceso cada vez más fácil y masivo al conocimiento: «Nos estamos ahogando en información, mientras nos morimos por falta de sabiduría. En lo venidero el mundo estará gobernado por sintetizadores, personas capaces de reunir la información adecuada en el momento adecuado, pensar de forma crítica sobre ella y realizar de manera sabia importantes elecciones.»⁴ En medicina disponemos desde hace pocas décadas de mecanismos para recopilar y sintetizar de la forma más fiable posible la evidencia científica derivada de la información existente. Su importancia ya fue establecida a finales de los años setenta por el médico epidemiólogo in-

glés A. Cochrane: «Con toda seguridad, puede criticarse a nuestra profesión porque no hemos organizado un resumen crítico, por especialidad o subespecialidad, adaptado periódicamente, de todos los ensayos clínicos controlados que son relevantes.»⁵

La práctica de la medicina basada en la evidencia pretende solventar esas dificultades de acceso y síntesis de la información científica con las que se encuentra el médico clínico. Requiere cuatro pasos sucesivos que son: la formulación de preguntas clínicas pertinentes, la búsqueda sistemática de la evidencia, científica que pueda contestar a esas preguntas, el análisis crítico de la validez y la utilidad de la evidencia disponible y, finalmente, la aplicación de los resultados a la práctica y la evaluación del rendimiento alcanzado⁶.

El planteamiento correcto de la pregunta clínica es el primer paso importante en el desarrollo de la medicina basada en la evidencia ya que de ello depende todo el proceso posterior. Representa la descripción del problema a estudiar y puede referirse a cualquiera de los diferentes aspectos de la actividad asistencial, tanto los relacionados con el paciente (p. ej., el tratamiento, la prevención, el diagnóstico o el pronóstico), como los no relacionados directamente (p. ej., la formación continuada, la gestión asistencial, etc.). Cada uno de estos elementos requiere un tipo determinado de pregunta. En el caso de la valoración de la eficacia de tratamientos o intervenciones sanitarias, los componentes fundamentales que debe incluir la pregunta son: el tipo de paciente o el problema de interés, la intervención en estudio (farmacológica o no), la intervención a comparar, y la variable o variables que valoran el resultado de la intervención. Un ejemplo de pregunta clínica bien planteada y que incluye todos esos componentes sería: ¿es efectivo el famciclovir oral, respecto a otros antivirales orales o placebo, para disminuir los síntomas y duración del herpes zoster y la neuralgia postherpética en adultos inmunocompetentes? En cualquier caso, aunque el diseño de preguntas clínicas pertinentes es esencial, no supone un gran trabajo para el clínico, más allá de la necesidad de adquirir los conocimientos apropiados para realizarlas adecuadamente.

Lo que sí puede representar un gran esfuerzo es recopilar y sintetizar la información necesaria para contestar a la pregunta. Identificar, incluso una pequeña selección representativa de toda la investigación existente, requiere disponer de acceso a la literatura científica, de habilidades para saber encontrar e interpretar la información necesaria y, sobre todo, de tiempo para poder realizar estas actividades. Por eso, para hacer frente a estos problemas habitualmente se recurre a dos estrategias que facilitan estas tareas: la consulta de las bases de datos electrónicas y las revisiones de la bibliografía. La cuestión es si estos procedimientos contribuyen a reforzar el carácter científico de la práctica clínica o cómo pueden plantearse para que así sea.

Es importante reconocer que aunque las bases de datos electrónicas son un recurso muy utilizado también tienen una serie de limitaciones. Por ejemplo, sólo el

Correspondencia: Dr. U. González Castro.
Servicio de Dermatología. Clínica Plató.
Plató, 21. 08006 Barcelona
Correo electrónico: dermatologia@clinicaplato.com

Piel 2001; 16: 117-119.

50% de la información contenida en las revistas médicas mundiales está recogida en MEDLINE. Además, muchos artículos no son indexados apropiadamente por lo que puede ser difícil recuperarlos. En una búsqueda página por página de todos los ejemplares de la revista *Clinical and Experimental Dermatology*, entre 1976 y 1997 se encontraron 73 ensayos clínicos aleatorizados, mientras que en una búsqueda en MEDLINE, utilizando el limitador de búsqueda *clinical trial*, sólo aparecieron 31 de dichos ensayos clínicos⁷. Así pues, si pretendemos ser sistemáticos en la búsqueda de la evidencia científica tendremos que utilizar diferentes estrategias, además de la mera consulta en una única base de datos, aunque ésta sea muy amplia. Utilizar todas las bases de datos posibles, recurrir a la búsqueda manual de ensayos clínicos, página por página, en aquellas revistas relevantes para el tipo de información que estamos buscando, o examinar la información relevante que puede estar contenida en otras fuentes (p. ej., los resúmenes de presentaciones en congresos), son los fundamentos de la búsqueda sistemática de la información.

Otro de los recursos que más utilizamos para hacer frente a esta avalancha de información son las revisiones de la bibliografía contenidas en los libros de texto o en las revistas científicas. Estas revisiones clásicas o narrativas están basadas en la opinión del que las escribe, y por tanto, no suelen seguir una metodología científica. Sin embargo, hay otro tipo de revisiones que parten de la evidencia científica existente, son las revisiones sistemáticas. El proceso de la revisión sistemática sigue una metodología científica y debe incluir una descripción clara y con suficiente detalle del método utilizado, de forma que otra persona que realice la misma revisión pueda ser capaz de repetir el proceso y llegar a las mismas conclusiones. Se inicia, tal como hemos visto, con la formulación de una pregunta y el diseño de la búsqueda sistemática de la evidencia científica que pueda contestar a esa pregunta. Continúa con el análisis crítico de la validez o las deficiencias de la información derivada de la bibliografía de investigación encontrada. La revisión sistemática no sólo debe reconocer de forma razonada toda la bibliografía de investigación disponible y relevante para la pregunta que el revisor pretende contestar, sino que también debe procesarla de manera que se puedan obtener unas conclusiones y detectar cualquier sesgo o deficiencias que contenga. En el caso de la valoración de las intervenciones sanitarias, sean terapéuticas o no, los ensayos clínicos aleatorizados proporcionan la mejor evidencia sobre su eficacia. Otros tipos de estudios proporcionan información de menor calidad, como los de casos y controles, las series comparadas con la bibliografía, las series de casos sin controles y los casos anecdoticos, por lo que no son utilizados, en general, para las revisiones sistemáticas. La información científica derivada de los ensayos clínicos puede tener, a su vez, una serie de defectos derivados de su ausencia, del hecho de encontrarse oculta o por ser de baja calidad. Lo cierto es que una baja proporción de las intervenciones sanitarias ha sido evaluada científicamente;

así se explica la frecuente ausencia de evidencia científica de alta calidad y, por tanto, la variabilidad en la práctica clínica. Además, una proporción importante de la evidencia no llega a ser publicada, es el caso del denominado sesgo de publicación o la tendencia a publicar sólo los resultados favorables a la intervención o tratamiento estudiado. La información también puede ser de baja calidad, especialmente en dermatología donde existe una gran profusión de ensayos clínicos con muestras poblacionales demasiado pequeñas o metodología deficiente para responder a las preguntas propuestas⁸.

Un aspecto adicional de las revisiones sistemáticas es conseguir realizar un resumen numérico de los resultados, lo que denominamos metaanálisis. Las conclusiones derivadas de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados y de los metaanálisis suponen el escalón más alto en cuanto a la jerarquía de la evidencia. Las revisiones sistemáticas, a la vez que recopilan y garantizan la actualización de la información, mejoran el grado de evidencia y aportan nuevos resultados, o bien si esto no es posible, al detectar las deficiencias pueden generar nuevas líneas de investigación. En cualquier caso, no hay que olvidar que la aplicación práctica de la evidencia obtenida de la revisión sistemática de la información requiere su integración con la experiencia clínica. Los resultados de los estudios deben aplicarse a un paciente concreto, por lo que tener en cuenta diversas circunstancias como, por ejemplo, su historia clínica, sus valores o sus preferencias.

Llevar a cabo toda la actividad que requiere la medicina basada en la evidencia precisa de una participación colectiva. Desde hace tiempo, la Colaboración Cochrane, una organización internacional creada para mejorar el acceso a la evidencia, se encarga de preparar, mantener y divulgar revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención sanitaria. A través de su publicación electrónica, la *Cochrane Library*, es posible consultar una de las bases de datos más importantes en cuanto a ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Dentro de la estructura de esta organización se encuentra el Cochrane Skin Group⁹, que es el grupo internacional dedicado a la revisión de temas dermatológicos. Su contribución al desarrollo de la dermatología es bien patente por el número creciente de revisiones sistemáticas completadas y de protocolos de revisión que están en marcha.

No hace mucho tiempo habíamos mostrado nuestra preocupación por la falta de medios para desarrollar las actividades relacionadas con la dermatología basada en la evidencia en nuestro país². Sin embargo, desde entonces, cada vez más personas han mostrado su interés en este proyecto y se han establecido dos iniciativas que han abierto una nueva singladura. Una ha sido la agrupación del núcleo precursor de investigadores en la Sociedad Española de Dermatoepidemiología y Dermatología Basada en la Evidencia (SEDE-DBE) como fuente de recursos para crear una secretaría técnica y llevar a cabo en nuestro medio las actividades de divulgación, desarrollo preferente de algunas revisiones sistemáticas e impulso de investigación clínica de calidad en derma-

tología. Este último punto merece una atención especial, ya que es de gran importancia que todas las publicaciones dermatológicas de artículos originales en nuestro ámbito se adhieran a la normativa internacional para conseguir los mayores niveles de calidad en la publicación de ensayos clínicos¹⁰.

La otra iniciativa importante ha sido la creación del Grupo de Dermatoepidemiología de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Su área de estudio incluye desde temas puramente epidemiológicos como son el estudio de la historia natural, la distribución, las causas, las asociaciones y los factores de riesgo de las enfermedades cutáneas, hasta aquellos más relacionados con la evaluación de la efectividad de la atención dermatológica¹¹. Desde un punto de vista práctico, una de sus facetas más importantes es la de aportar a la Academia una concepción más científica de la dermatología clínica, es decir, más fundamentada en la investigación que en los casos o tratamientos anecdotáticos. Para ello, este grupo de trabajo, además de ser un foro de expresión y colaboración, no puede olvidar el aspecto formativo para proveer a los clínicos de las habilidades metodológicas necesarias para diseñar e interpretar la investigación clínica dermatológica.

En un tiempo donde parece existir una cierta decadencia de la dermatología clínica, el recurso de una práctica fundamentada en razonamientos científicos puede contribuir a distinguir nuestra especialidad de

otras prácticas sin otro fundamento que el puramente comercial. Si logramos demostrar que las intervenciones dermatológicas de tipo clínico, educativo, administrativo, etc., que utilizamos o pretendemos utilizar, son realmente eficaces, podremos aumentar el prestigio de nuestra especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. González U, Luelmo J, Bonfill X. La Colaboración Cochrane. Perspectivas en dermatología. *Actas Dermosifilogr* 1998; 89: 206-210.
2. González U, Luelmo J. Medicina basada en la evidencia. Por una dermatología clínica más científica. *Arch Dermatol (ed. esp.)* 1999; 10: 92-93.
3. Gol-Freixa JM, Del Llano JE. El fenómeno de la «medicina basada en la evidencia». *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 3-8.
4. Wilson EO. *Consilience. La unidad del conocimiento*. Barcelona: Ed. Galaxia Gutenberg, 1999.
5. Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health service*. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
6. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. Nueva York: Churchill Livingstone, 1999.
7. Adetugbo K, Williams H. How well are randomized controlled trials reported in the dermatology literature? *Arch Dermatol* 2000; 136: 381-385.
8. Williams HP, Seed P. Inadequate size of «negative» clinical trials in dermatology. *Br J Dermatol* 1993; 128: 317-326.
9. Williams H, Adetugbo K, Po AL, Naldi L, Diepgen T, Murrell D. The Cochrane Skin Group. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1620-1626.
10. Cox NH, Williams HC. Can you COPE with CONSORT? *Br J Dermatol* 2000; 142: 1-7.
11. Williams HC. *Epidemiology of skin disease*. En: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editores. *Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology*. Londres: Blackwell Science, Ltd., 1998.