

Medicina basada en la evidencia: Una herramienta útil para el cirujano pediatra*

I. Eizaguirre

Hospital Ntra. Sra. Aránzazu (Osakidetza).

El término «Medicina Basada en la Evidencia» (MBE) aparece en 1992 y se va extendiendo cada día, obedeciendo a un impulso no tanto de los clínicos, sino más bien de los responsables de la gestión, que han visto en ella la respuesta a muchas preguntas difíciles de responder (¿es realmente necesaria esa prueba diagnóstica?, o ¿ese tratamiento tan caro es realmente eficaz?).

También los laboratorios productores de medicamentos están detrás de la MBE. La venta de fármacos será mayor cuanto más convincentes sean los argumentos esgrimidos, y en el momento actual los más válidos son los basados en la evidencia.

El aumento de las reclamaciones por mala práctica también ha contribuido al desarrollo de la MBE. Si las intervenciones (diagnósticas o terapéuticas) de los médicos no están basadas en la máxima evidencia científica será más fácil que se obtengan sentencias desfavorables.

Pero al margen de estos tres aspectos (gestión, marketing, reclamaciones legales), la MBE se nos presenta como una herramienta útil para el médico que intenta cada día hacer las cosas un poco mejor.

¿QUÉ ES MBE?

MBE quiere decir unir la experiencia personal a las mejores fuentes externas de la información disponibles. O, dicho de otro modo, MBE es la utilización de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes.

Cabe preguntarse en qué se diferencia de lo que se ha hecho siempre, ya que el médico siempre ha tomado decisiones basándose en su propia experiencia y en información externa.

Las revistas son la fuente externa de información más actualizada, pero hay tal cantidad de ellas que es prácticamente imposible estar al día. Se calcula que un médico general

habría de leer unos 19 artículos cada día durante todos los días del año para estar actualizado.

Una encuesta realizada a los asistentes a sesiones clínicas de facultades de medicina de Inglaterra sobre el tiempo medio de lectura semanal nos dice que es sencillamente imposible mantenerse al día utilizando los métodos tradicionales. Los residentes afirmaban dedicar una media de 60 minutos semanales a la lectura y el staff, 35 minutos. Además, hasta un 75% de los médicos declaraban no haber leído nada la última semana. Hay que tener en cuenta que las auto-declaraciones de este tipo suelen ser en exceso optimistas.

¿CÓMO SE HACE MBE?

Lo que la MBE intenta es hacer lo que se ha hecho siempre, pero de manera más organizada y efectiva, para poder llegar a las mejores evidencias empleando el menor tiempo posible. Trata de establecer una metodología para llevar a cabo cada uno de los cinco pasos que hay que seguir a la hora de tomar una decisión ya sea diagnóstica, pronóstica o terapéutica:

1. Formular bien la pregunta.
2. Buscar la información.
3. Valorar críticamente lo encontrado.
4. Aplicarlo a la clínica.
5. Evaluar el rendimiento.

BÚSQUEDA

Una vez formulada la pregunta, lo más frecuente es que se busque la respuesta en bases de datos generales, como Medline, Embase, Healthstar, etc., disponibles en soporte informático y a través de Internet.

Sin embargo, una parte importante de los artículos que se encuentran tienen una calidad científica discutible.

Está demostrado que el tradicional artículo de revisión en el que un «experto» emite opiniones sobre un tratamiento determinado, apoyándose en unas pocas referencias, o las conferencias de consenso, no son reproducibles y tienen una baja calidad científica.

Correspondencia: Iñaki Eizaguirre, Plaza del Deporte 8, 3º A, 20009 San Sebastián.

*Presentado al XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica.

En vez de eso, los clínicos que buscan la evidencia disponen de dos nuevas fuentes de información que están ayudando a resolver el problema del enorme volumen de literatura clínica.

El primero es un nuevo tipo de revista de publicación secundaria de resúmenes estructurados y comentarios clínicos. Un grupo de bibliotecarios y epidemiólogos seleccionan artículos sobre un tema determinado que tienen una base científica sólida y que llegan a conclusiones que pueden ser válidas. La mayor parte de las veces se trata de Ensayos Clínicos Controlados (ECC), randomizados y a doble ciego. Después los pasan a un grupo de médicos prácticos que filtran los que pueden ser clínicamente importantes. Estos filtros son rigurosos y rechazan el 98% de los artículos que se les presentan.

El 2% restante aparece en forma de resúmenes estructurados, encabezados por un título que no es el del trabajo original, sino que en él se declara el mensaje central del trabajo. Además se acompaña de comentarios clínicos que sitúan el mensaje en el contexto clínico adecuado.

Los dos más conocidos son el ACP Journal Club, del American College of Physicians, para médicos generalistas, y el EBM (Evidence-based Medicine) del British Medical Journal, que combina resúmenes del ACP con otros sobre cirugía, obstetricia, pediatría y psiquiatría.

La segunda fuente de información novedosa para los clínicos que buscan la evidencia consiste en la síntesis sistemática de todas las evidencias a través de los ensayos realizados sobre una intervención determinada (metaanálisis).

La realización de este tipo de revisiones ha dado vida a un grupo de clínicos, epidemiólogos y usuarios que crece a gran velocidad y que ha formado la Colaboración Cochrane.

Las bases de datos especializadas, disponibles en disquete, CD-rom y por supuesto, en Internet, son:

- CDSR, o Cochrane Database of Systematic Reviews
- CRMD, o Cochrane Review Methodology Database
- CCTR, o Controlled Clinical Trials Review
- DARE, o Database Abstracts Reviews of Effectiveness

VALORACIÓN CRÍTICA

Una vez que tenemos los artículos en la mano hay que hacer una lectura crítica de los mismos para encontrar en ellos la evidencia científica.

La lectura crítica consta de tres fases. En la primera, que es la más importante, se valora si los resultados son válidos:

- Metodología correcta
- Tema bien definido
- Artículos revisados adecuados
- Bases de datos adecuadas

- Estudios que eran aleatorios y ciegos

En el caso de analizar la validez de una prueba diagnóstica, además habrá que verificar si se comparó la prueba en cuestión de manera independiente y ciega con un patrón de referencia (patrón oro, gold standard) y si es un estudio pronóstico, si se reunió una muestra representativa de pacientes en un mismo momento de la enfermedad (precoz generalmente) y el seguimiento fue suficientemente prolongado y exhaustivo (número de pacientes perdidos).

En segundo lugar, cuáles son los resultados y cómo están expresados:

- a) ¿El resultado global está claramente reflejado?
 - b) ¿Cómo está reflejado? Numéricamente, odds ratio, likelihood ratio, número necesario de pacientes a tratar (NNT), reducción del riesgo relativo (RRR), etc.
 - c) ¿Son precisos los resultados? Intervalos de confianza.
- Y en tercer lugar, ¿son importantes, es decir, si son valiosos para ser aplicados a ese paciente en particular:
- a) ¿Los pacientes cubiertos por la revisión son suficientemente iguales a los tuyos?
 - b) ¿El medio en el que te encuentras es suficientemente parecido al de la revisión?
 - c) ¿Merecen la pena los beneficios frente a los perjuicios y costes?

MBE Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA

¿Dónde está la Cirugía Pediátrica en MBE?

Si bien en medicina general hasta un 82% de los tratamientos se basan en la máxima evidencia científica, las dificultades a la hora de hacer ensayos clínicos randomizados en cirugía son mayores. Sin embargo, es posible hacerlo, como lo demuestra el hecho de que en un solo año se hayan encontrado más de 200 en una búsqueda de Medline y que hace 40 años se estudiara el efecto placebo de la ligadura simulada de la arteria mamaria interna versus ligadura real sobre los síntomas tras el infarto de miocardio, trabajo que hoy no sería aprobado por el Comité de Ética de ningún hospital.

En las dos únicas referencias encontradas sobre este tema en nuestra especialidad sobre un total de 351 intervenciones, se encontraba que sólo el 17% de las mismas estaban basadas en ECC, siendo la mayoría calificadas como «autoevidentes» o en las que hacer un ECC hubiera sido no ético (por ejemplo, torsión de teste o de ovario, parafimosis, drenaje de abscesos, etc.).

Parece claro, pues, que los cirujanos pediatras debemos familiarizarnos con estos conceptos, que nos ayudarán a resolver las preguntas que nos surgen casi a diario.

La MBE no es ni algo totalmente nuevo, ni la solución a todos los problemas, pero sí, indudablemente, una herramienta útil para el cirujano pediátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
2. Muir Gray JA. *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
3. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;**105**:6740-6743.
4. Kenny SE, Shankar KR, Rintala R, Lamont GL, Lloyd DA. Evidence-based surgery: interventions in a regional paediatric surgical unit. *Arch Dis Child* 1997;**76**(1):50-53.
5. Baraldini V, Pierro A, Gilbert R, Spitz L. *Evidence-based treatment in pediatric surgery*. Comunicación Personal XLIII Annual International Congress of the British Association of Pediatric Surgeons, 1997.
6. Howes N, Chagla L, Thorpe M, McCulloch P. Surgical practice is evidence based. *Br J Surg* 1997;**84**(9):1220-1223.
7. Solomon MJ, Laxamana A, Devore L, McLeod RS. Randomized controlled trials in surgery. *Surgery* 1994;**115**(6):707-712.
8. Dimond EG, Kittle CF, Crockett JE. Evaluation of internal mammary artery ligation and sham procedure in angina pectoris. *Circulation* 1958;**18**:712-713.
9. Solomon MJ, McLeod RS. Should we be performing more randomized controlled trials evaluating surgical operations? *Surgery* 1995;**118**(3):459-467.
10. Horan BF. Evidence-based medicine and anaesthesia: uneasy bedfellows? *Anaesth Intensive Care* 1997;**25**(6):679-685.