

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha supuesto una novedosa forma de concebir y ejercer la medicina al promover la búsqueda sistemática de la mejor evidencia científica disponible ante cualquier situación que exija resolución¹. Así, los médicos antes de tomar decisiones (preventivas, terapéuticas o diagnósticas), debemos buscar activamente la evidencia disponible sobre el tema en cuestión, integrarla con la experiencia personal y aplicarla para resolver de la mejor manera posible los problemas que se nos presentan².

Aunque esta filosofía no está exenta de problemas de índole conceptual y de críticas en su forma de funcionar³, la asunción de sus principios ha supuesto un cambio a la hora de enfocar la práctica médica. Este debería reflejarse en el día a día en la elección de las alternativas diagnósticas, preventivas o terapéuticas: sólo deberían emplearse las que producirán los mejores resultados clínicos.

Todos estos aspectos suenan muy bien, sin embargo, los médicos que ejercen su actividad en ambientes desfavorables debiendo resolver situaciones complejas que emergen de la pobreza, con mínimos recursos, pueden percibir como un lujo inaccesible esta cuestión de buscar la evidencia a través del rastreo en fuentes electrónicas, tomarse el tiempo de analizar la validez y aplicabilidad de la misma y utilizarla en la resolución de los problemas cotidianos. Al punto que alguien podría preguntarse: ¿realmente necesitamos la MBE en los países en desarrollo?

A las barreras universales para la práctica de la MBE en todo el mundo, en los países en desarrollo pareciera que se agregan otras de muy difícil resolución.

Intentaré mostrar por qué y para qué la estrategia de MBE debe ser todavía más prioritaria en países del Tercer Mundo como el nuestro. Los países en desarrollo poseen recursos limitados y en general escasos, por lo que se torna particularmente necesario invertir los mismos en intervenciones en salud que realmente funcionen. De manera que no nos podemos dar el lujo de gastar un solo peso en tratamientos inefectivos.

En los países pobres, gran parte de lo que se gasta en salud proviene de los bolsillos de los pacientes y sus familias de modo que resulta aterrador que los médicos ordenemos estudios innecesarios o prescribamos tratamientos inapropiados especialmente si las personas se encuentran debajo de la línea de pobreza o son indigentes. Al evaluar la práctica médica, nos encontramos con una situación ideal: los profesionales realizamos intervenciones probadamente efectivas que se prestan adecuadamente. Pero también descubrimos que hay intervenciones efectivas que no se prestan y una situación definitivamente preocupante: intervenciones probadamente inefectivas que se siguen realizando.

Si los médicos indicamos este tipo de prácticas somos, al menos, corresponsables de la exacerbación de la carencia y pobreza del paciente. Recordemos que tan importante como el dinero es el tiempo que el paciente y la familia pierden en cumplir con aquello que hemos indicado.

La evidencia acerca de que pesar a los niños regularmente previene la desnutrición es débil,⁴ sin embargo el personal de salud y las madres pierden miles de horas pesando niños. En muchos lugares las normas establecen 14 visitas para el control prenatal en las mujeres embarazadas, a pesar que los estudios publicados muestran que muchas menos visitas no resultan en peores resultados⁵. Y no pensemos en los recursos malgastados al prescribir antihipertensivos más caros y modernos que no presentan ventajas en términos de reducción de eventos cardiovasculares con relación a drogas viejas, seguras y más económicas⁶. Y para qué mencionar la cantidad de estudios complementarios inútiles o, peor aún, perjudiciales que se ordenan en los "chequeos" de rutina. Estos son los "lujos" que verdaderamente no podemos darnos los países pobres.

Muchas situaciones conspiran para que los médicos podamos realizar una práctica basada en la mejor evidencia científica. La opinión de los expertos suele tener un gran peso y el criterio de autoridad es muy comúnmente empujado para tomar decisiones. En muchos lugares existen normas de tratamiento y diagnóstico cuyo único sustento es la opinión de las personas que las confeccionaron y se aceptan como ley que nadie se atreve a revisar o cuestionar. Por lo tanto, es necesario incluir a los formadores de opinión en este proceso de cambio cuyo objetivo es realizar sólo aquello que probadamente sirve para mejorar la salud de nuestros pacientes.

La industria farmacéutica suele invertir grandes sumas de dinero para informar a los profesionales. Esta "literatura médica" es, muchas veces, la única fuente de educación de los profesionales plagada de conflictos de intereses.

No se puede soslayar que aunque estemos listos y preparados para practicar MBE, nos encontraremos con otros obstáculos nada despreciables: desde la necesidad de recursos técnicos hasta el dinero que muchas veces hay que pagar para obtener información válida y relevante⁷. Por lo tanto, los gobiernos, las instituciones y la sociedades científicas deben estar involucradas a fin de colaborar para proporcionar estos recursos e impulsar el cambio de paradigma. Asimismo deberían fomentarse las iniciativas para producir localmente guías de práctica clínica basadas en la evidencia (y ya no normas basadas en la eminencia) que se difundan y monitoreen adecuadamente en un intento de disminuir la variabilidad inapropiada en el uso de recursos y evitar las intervenciones inefectivas.

Es preciso destacar que debemos estar atentos a un peligro que corremos si pretendemos aplicar a ultranza todas las intervenciones probadamente eficaces. En los países pobres, los médicos y demás profesionales de la salud debemos aprender a lidiar con la idea que no se podrá ofrecer y realizar todo lo que técnicamente es posible y eficaz. La eficacia de una intervención es condición necesaria pero no suficiente para su masiva e inmediata aplicación. A la evaluación de la eficacia (que responde si la intervención funciona) hay que sumarle la de la efectividad (responde si puede funcionar en las condiciones habituales de la práctica) y no soslayar la pregunta sobre eficiencia: ¿vale la pena invertir recursos en esta práctica (y necesariamente quitarlos de otra)?

Los avances científico-tecnológicos son vertiginosos. Lo que falta determinar es a quién van a beneficiar esas investigaciones y sus aplicaciones. Si el progreso científico debe beneficiar al mundo entero, ¿qué posibilidades reales tienen los países del tercer mundo de acceder a esas ventajas? ¿qué se puede hacer para que estos países aprovechen todas las innovaciones aportadas por la investigación, o por lo menos las más importantes?

Pensemos que además la desigualdad no sólo surge entre países ricos y pobres, sino dentro de cada comunidad nacional o cultural donde el acceso a intervenciones costosas genera mayor inequidad. No es ético reservar exclusivamente el beneficio de los avances científicos a los países industrializados o a las personas que estén en condiciones de pagarlos.

En la aplicación de la evidencia científica creciente, cabalgamos entre "globalizarnos" o "localizarnos". Cuando desde los países centrales se produce evidencia acerca de la eficacia del rastreo de cáncer de colon o de la osteoporosis o del aneurisma de aorta abdominal y nuestros países aspiran a que las personas lleguen al menos con vida a la edad en que estas intervenciones deberían realizarse, no podemos menos que entrar en un dilema ético complejo. Es por ello que la asignación de recursos sanitarios se debería realizar de una manera que se prioricen las intervenciones de acuerdo al beneficio que aportan a la población (y a qué costo la sociedad obtiene ese beneficio).

Por último, vale la pena destacar que al querer practicar una medicina más racional y basada en la evidencia científica, nos encontramos que gran parte de esa evidencia se produce en países desarrollados y que la agenda de investigación no siempre coincide con las urgencias de nuestros países. ¿Tenemos que tener como prioridad de discusión los temas que la investigación realizada en países muy diferentes del nuestro ponen sobre el tapete?

Más aún. Muchas veces se produce información en temas que son de interés para nuestra sociedad y en nuestro contexto actual. Sin embargo, nos asalta una duda inmediata: ¿responderán igual al tratamiento investigado niños desnutridos, parasitados y anémicos que los niños de los países desarrollados?^{8,9} En un número reciente de Evidencia, publicamos un EOP con relación al uso de corticoides en la meningitis en niños¹⁰. Los estudios realizados en los países desarrollados dieron un resultado de dirección opuesta a un estudio llevado a cabo en el Tercer Mundo y en la discusión los autores comentaban cómo llegan las meningitis a los hospitales y qué características tenían los niños, con lo que justificaban esta disparidad en los resultados.

Como podemos ver, practicar MBE en el tercer mundo no es tarea sencilla. Sin embargo a mayor pobreza del país, a menores recur-

sos disponibles, más necesario se torna ser absolutamente racionales¹¹. El lujo no es sentarse frente a una computadora para tratar de localizar el tratamiento más efectivo y con el menor costo posible. El verdadero lujo es dilapidar los escasos recursos en prácticas inútiles, o peor aún: nocivas. La falta de ética consiste definitivamente en ser ineficientes (o sea en no usar los recursos de manera racional).

En este proceso todos tenemos responsabilidad: los médicos y otros profesionales de la salud individualmente en nuestros lugares de atención, los que toman decisiones en todos los niveles del sistema de salud, e incluso quienes difunden masivamente información médica inadecuada a la sociedad¹². Recordemos por ejemplo las propagandas televisivas promoviendo la densitometría en todas las mujeres post-menopáusicas, cuando acaban de salir recomendaciones en un país rico (EE.UU) indicándola a las mujeres de la población general recién luego de los 65 años¹³.

Debemos avanzar hacia una práctica de la medicina que tenga un fuerte pilar en las conclusiones de la investigación científica, y afrontar el desafío que constituye que los beneficios de la misma que nuestros países estén en condiciones de cubrir puedan llegar a los pacientes.

Dra. Karin Kopitowski [Unidad de medicina Familiar y preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires]

Citas:

1. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2d edition. New York: Churchill Livingstone; 2000.
2. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH, Richardson S. User's guide to the medical literature: XIV. How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1998;279:545-9.
3. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the "evidence of evidence-based medicine". Am J Med 1996; 107:377-82
4. Ross DA, Garner P. Growth monitoring. Lancet 1993; 342:750
5. Munjanja SP, Lindmark G, Nyström. Randomised controlled trial of reduced-visits programme in Harare, Zimbabwe. Lancet 1996; 348:364-369.
6. Sison JA, Abelardo NS, Atabug J, et al. A report on the Nationwide Hypertension Registry in the Philippines 1997-1993: a project of the Council on Hypertension of the Philippines Heart Association. Asian Heart Journal. 1994;2:29-32.
7. Antonio L. Dans, MD, MSc Leonila F. Dans, MD, MSc The need and means for evidence-based medicine in developing countries. ACP Journal Club. 2000 July-Aug;133:A11.
8. Glasziou P, Guyatt GH, Dans AL, et al. Applying the results of trials and systematic reviews to individual patients [Editorial]. ACP J Club. 1998 Nov-Dec;129:A15-6.
9. Getting research findings into practice Implementing research findings in developing countries BMJ 1998;317:531-535 (22 August)
10. Garcia Marti S. Rol de la administración de corticoides en el tratamiento de la meningitis bacteriana en niños. EVIDENCIA en Atención Primaria 2002 Vol 5, nro 3:182-183.
11. Effectiveness Network (European Union). A statement of intent by three projects in the international co-operation with developing countries programme (framework 4). Brussels: European Union Directorate General , 1996.
12. Multisectoral Task Force on the detection and management of hypertension. Philippine guidelines on the detection and management of hypertension. Philippines J Intern Med 1997; 35:67-85.
13. Screening for Osteoporosis in Postmenopausal Women: Recommendations and Rationale. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002;137:526-528

CORREO DE LECTORES



Buenos Aires, 9 de diciembre de 2002

Holguín, 7 de noviembre de 2002

Estimados amigos:

Este martes por la mañana se anuncia la publicación de un estudio que pensamos tendrá mucha repercusión en nuestra región por la magnitud del problema que identifica. Esta publicación de la Organización Panamericana de la Salud revela que las empresas tabacaleras multinacionales han llevado a cabo campañas amplias y engañosas durante los últimos 10 años en Latinoamérica y el Caribe para retrasar o evitar restricciones al consumo del tabaco en la región. Les pedimos que den la mayor publicidad posible a esta información a través de los medios de comunicación masivos en sus países. Vean mayor información en la página web de la OPS-OMS. Las versiones más actualizadas las podrán encontrar en el link "http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPM/TOH/profits_over_people.htm". Cordiales saludos,

Gracias,
Zulma Ortiz
Programa VIGIA, República Argentina

Estimados Señores:

Ante todo nuestro saludo. La presente tiene el propósito de hacerles llegar una vez más nuestro sincero agradecimiento por la información tan valiosa que nos están enviando. La revista EVIDENCIA... ha causado un impacto extraordinario entre nuestros usuarios, ellos nos insisten también en que les hagamos llegar en su nombre la gratitud; este título no solo es consultado por los usuarios de nuestro hospital sino por los de otras instituciones o centros hospitalarios. Deseáramos no prescindir de tan valiosa colaboración.

Reiterádoles nuestro agradecimiento me despido.
Atentamente,

Lic. Elizabeth Peña Martínez
Biblioteca Hospital Provincial Docente
Ave. Lenin, Holguín, C.P 80100, Cuba