

La crisis de la medicina basada en evidencias

Alberto Lifshitz*

Editor

En un ensayo reciente de Greenhalgh, et al., publicado en el *British Medical Journal*¹, se plantea que el movimiento de la medicina basada en evidencias (MBE) puede haber entrado en crisis. Esta percepción, compartida por muchos de los críticos que esta propuesta tuvo desde su inicio, probablemente está vinculada con una expectativa excesiva que ha dejado a mucha gente claramente insatisfecha. El planteamiento de la MBE pretendía rescatar las bases científicas de la medicina para aplicarlas a las decisiones cotidianas, en oposición a las que se sustentaban en opiniones, experiencias no sistematizadas, intuiciones o lecturas incidentales. Sin embargo, planteaba ya desde el principio serias dificultades metodológicas para adoptarla como herramienta cotidiana. Por ejemplo, los clínicos casi nunca podían posponer las decisiones hasta realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva, un análisis acerca de su validez y confiabilidad, y un juicio sustentado sobre la aplicabilidad de la evidencia al caso en cuestión. Además, la mayoría de los médicos no sólo no tienen tiempo, sino que carecen de la formación suficiente para llevar a cabo el procedimiento, pues tienen que ser expertos en estrategias de búsqueda, análisis metodológico y otros métodos. Esto se quiso resolver mediante publicaciones secundarias en las que los expertos realizaban una revisión de la literatura y la ofrecían destilada a los clínicos, ya sometida a análisis y valoración, y éstos podían confiar en lo que hubieran concluido estos expertos sin tener que revisar individualmente cada artículo. De aquí surgieron las revisiones sistemáticas, muchas de ellas con metaanálisis, las publicadas por la biblioteca Cochrane y hasta las guías de práctica clínica. Quedó claro también que no cualquier experto en un tema está capacitado para realizar revisiones sistemáticas, las cuales se identificaron como

una modalidad especial de investigación bibliográfica que requiere no sólo una formación específica, sino también una dedicación casi absoluta, una profesionalización de la que suelen carecer los expertos en su materia. Al principio también se menospreció el valor de la pericia clínica, aunque luego se rectificó y se incorporó como un elemento valioso de las decisiones, aun las basadas en evidencias. El rigor metodológico de los expertos en revisiones sistemáticas llevó a que una gran cantidad de ellas no fuesen concluyentes, de modo que acabaron por no ser útiles para los clínicos. Las evidencias se clasificaron según su importancia para los pacientes, con lo que surgieron los llamados *patient oriented evidence that matters* en un intento por estrechar el espectro de lo que había que revisar, que aun así es inmanejable. En suma, la utilización de la MBE en la práctica clínica se reveló como muy poco práctica, tanto en su modalidad de revisión individual de los trabajos originales de investigación para tomar decisiones clínicas como en la de consultar las fuentes secundarias de información y las revisiones sistemáticas que no llegaban a conclusiones prácticas, que era precisamente lo que los médicos necesitaban. También quedó claro que revisar uno solo o unos cuantos trabajos no era suficiente para tomar decisiones clínicas bien sustentadas, pues existen muchos estudios con resultados contradictorios. Además, lo metodológico se desprendió y dejó atrás a los pacientes, de modo que muchos promotores de la MBE sobrevaloraron la capacidad de encontrar las evidencias y no tanto la de aplicarlas en los casos cotidianos.

A todo lo anterior hay que agregar algunos hechos más: el exceso cada vez mayor de información hace que sea imposible analizarla toda; la falta de respuesta en la literatura a muchas de las preguntas que se hacen los clínicos porque aún no se ha creado la evidencia; la falta de correspondencia entre las circunstancias del ensayo clínico controlado (con sus criterios de inclusión y exclusión) y las del paciente de todos los días; la necesidad de responder al paciente más que a la verdad científica; el hecho de que muchos pacientes tienen varias enfermedades simultáneas (comorbilidad), en cuyo caso es más difícil aplicar la MBE; el que no se suele considerar la

Correspondencia:

*Alberto Lifshitz

Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Bloque B, Avda. Cuauhtémoc, 330

Col. Doctores, C.P. 06725, México, D.F.

E-mail: alifshitzg@yahoo.com

opinión de los pacientes; que el término se ha desgastado, sobre todo cuando se ha empleado incorrectamente, abusivamente o cuando se ha utilizado como argumento publicitario, y como éstas varias circunstancias más.

Hoy se habla de una evolución de la MBE hacia lo que se denomina «real medicina basada en evidencias» (*real evidence based medicine*), que considera la prioridad del paciente, la necesidad de que la evidencia individualizada tenga un formato que tanto clínicos como pacientes entiendan, que lo que se aplique sea un juicio experto y no tan sólo el seguimiento ciego de ciertas reglas, que las decisiones se compartan con los pacientes mediante conversaciones comprensibles y que se construyan relaciones médico-paciente más sólidas. En otras palabras, que la evidencia científica no sirva para separar a los médicos de los pacientes sino para acercarlos. Habría que ofrecer a los enfermos mejores evidencias, mejor presentadas, mejor explicadas y más personalizadas, más a la medida de ellos; que los profesionales no se limiten a ser expertos en la búsqueda y evaluación

metodológica crítica de las evidencias, sino en juzgar la pertinencia para el caso y la capacidad para tomar decisiones compartidas; que quienes elaboran fuentes secundarias, tales como resúmenes de evidencias, guías clínicas o herramientas de decisión, tengan en cuenta a quienes las van a utilizar, para qué propósitos y en qué circunstancias; que los editores de revistas médicas soliciten no sólo rigor metodológico en las publicaciones, sino indicaciones de su aplicabilidad; que se respete la connotación de evidencia científica, pero que se supedite a su utilidad para los pacientes; que deje de ponderarse el método de análisis por encima de su trascendencia clínica, y que se aterrice en una metodología que convierta la MBE en un instrumento al servicio de la profesión y de los pacientes, cuyo fundamento ético está en uno de sus enunciados fundacionales: ofrecer a cada paciente la mejor alternativa existente.

Bibliografía

1. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725.