



## Punto de Vista

Medicina Basada en Evidencias y Atención Primaria: Avanzando del Cambio de Paradigma a la Acción Educativa.

*Evidence Based Medicine and Primary Care Health: Progressing from Paradigm Shift to Educative Action.*

Rafael Domínguez Samamés

Méd.Dr., RMF(1), Miguel A.

Suárez-Bustamante, Méd.Dr., MF,

[Mag.Sal.Púb \(2\)\\*](#)

### RESUMEN

**Introducción:** La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un nuevo paradigma de la práctica médica surgido a fines del siglo XX. Su interés es aprovechar evidencia científica para tomar mejores decisiones clínicas. Implica una autoformación motivada y no sólo la recepción pasiva de conocimientos

**Objetivo:** Resaltar el autoaprendizaje basado en la MBE para optimizar la revisión de información médica reciente. Alentar su uso desde inicios del pregrado y el postgrado en Medicina Familiar y Atención Primaria.

**Temas abordados:** Definición y Aplicaciones de la MBE. MBE como Estrategia Educativa. Mitos acerca de la MBE. MBE y Atención Primaria.

**Descriptor:** Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar, Medicina Basada en la Evidencia

### ABSTRACT

**Introduction:** Evidence Based Medicine (MBE) is a new paradigm of medical practice, aroused at the end of XX century. Its interest is to use research evidence, to take better clinical decisions. It implies a motivated self-study and not only the passive reception of knowledge.

**Objectives:** To remark a self-study MBE to optimize the review of current medical information. To motivate the use, since the beginning of medical career and the Family Medicine and Primary Health Care post-graduate programs.

**Reviewed topics:** Definition and Applications of MBE. MBE as Educational Strategy. Myths about MBE. MBE and Primary Health Care.

**Keywords:** Primary Health Care, Family Medicine, Evidence Based Medicine.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPAe-j.med.fam.aten.prim.int. 2011, 5 (3): 147-151

Este artículo está disponible en [www.idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

### Filiación de los Autores:

\*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Maestría de Medicina Familiar, Lima, Perú (1, 2). Residentado en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. (1) Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima, Perú. (2)

Méd.Dr.: Médico Titulado. RMF: Residente en Medicina Familiar. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.: Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr. Rafael Domínguez S.  
E-mail: [rodominguezs@hotmail.com](mailto:rodominguezs@hotmail.com)



Un nuevo paradigma en la práctica médica apareció en la década final del siglo pasado: La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) (1) o Medicina Basada en Pruebas. Si bien sus verdaderos inicios datan de los años sesenta con los ensayos clínicos, recién en la última década del siglo XX recibe un impulso importante, especialmente por el trabajo del grupo canadiense de trabajo para la MBE (Evidence-Based Medicine Working Group) (2).

Desde 1991-1992, en que la MBE se encuentra vigente, esta ha posibilitado superar la tradicional toma de decisiones clínicas basada solo en intuición, experiencia clínica no sistematizada, o razonamiento fisiopatológico; migrando hacia una evidencia orientada al paciente (POE, por sus siglas en inglés: Patient Oriented Evidence).

En su acepción más purista, la MBE sería el empleo consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la práctica clínica (3). Dentro de esta lógica, su mayor utilidad devendría de constituirse en el elemento instrumental privilegiado para los actores e instituciones como las agencias de evaluación tecnológica -y actores e instituciones equivalentes- para verificar la evidencia que respalda cada medicamento, medio diagnóstico o incluso terapia no farmacológica, (4). En tal sentido, la MBE representa un mecanismo sistemático para cuantificar la ganancia real en efectividad -no siempre la eficacia en laboratorio se reproduce en condiciones reales- y eficiencia -no siempre su costo amerita los resultados obtenidos-, justificando si compensa introducir la nueva tecnología. Igualmente es empleada por corporaciones profesionales (Colegios, Sociedades Científicas o Institutos) y medios de comunicación, para promocionar o desincentivar diversas prácticas de salud, según la evidencia respectiva (5).

Más que MBE, un mejor término sería Atención o Asistencia Sanitaria Basada en Evidencias, para relacionar todas las ramas profesionales y sus distintas especialidades, y su relación con este nuevo paradigma. Así, en este momento se habla de Enfermería Basada en Evidencias, Odontología Basada en Evidencias, Gestión de Servicios Ba-

sada en Evidencias, etc. Cada uno de ellos expresando como esta iniciativa se aplica a su propia rama profesional (6).

Sin embargo, tal vez ni sus promotores originales imaginaron que la MBE impulsaría un cambio de paradigma social en el cual, el usuario pasara a preocuparse por la evidencia que debe respaldar la asistencia médica que recibe. Ello representa una especie de salvaguarda colectiva para promover terapias y procedimientos de reconocida efectividad, y descartar o poner en suspenso aquellas con limitada o negativa evidencia.

Un ejemplo interesante de este proceso lo constituye la terapia de reposición hormonal en la menopausia (TRH), y su situación luego de las recomendaciones resultantes del estudio Women's Health Initiative (WHI), publicados en el 2002 (7). Aunque dicho estudio buscaba aportar evidencia a la comunidad científica internacional, la población femenina de los países desarrollados influenciada por los medios de comunicación, adoptó mayoritariamente la idea de que la TRH es riesgosa. Ello quedó graficado con un estudio realizado en Estados Unidos entre mujeres caucásicas no hispánicas con alto nivel educativo (8). Dicho estudio encontró que luego de los resultados del estudio WHI, la proporción de TRH usada en la población del establecimiento evaluado había disminuido de 49%, durante el año previo a julio de 2002 a 26% al momento de la encuesta, un año después. Los patrones de creencia más frecuentes fueron: 1) el uso de TRH es riesgoso (n=86/100), 2) confirmación de creencias previas (n=14), 3) el beneficio para mi es mayor que el riesgo (n=10) y 4) no soy consciente de las nuevas recomendaciones (n=9). Quienes abandonaron la TRH luego de julio de 2002 (n=38) eran un grupo altamente sintomático y preocupado por la reaparición de molestias, e inclusive algunos estaban considerando retomar la TRH, pero no lo hacían por el temor producido por la información proporcionada por los medios.

En el contexto latinoamericano, algún estudio similar posiblemente obtendría resultados diferentes, dado el menor



uso de la TRH, el menor conocimiento poblacional sobre sus riesgos/beneficios y el diverso contexto social o heterogeneidad sociocultural, entre otros puntos. No obstante, tanto para los países desarrollados como para aquellos en vías de desarrollo, es un hecho que la evidencia científica empieza a ejercer influencia sobre la población en general, básicamente a través de su difusión por los medios de comunicación (9).

Sin embargo, mientras la sociedad en pleno va cambiando, aun ahora en pleno siglo XXI, es mayoritaria la fracción de profesionales de la salud que no practican regularmente este concepto (10). Así, está poco extendida, por ejemplo, la costumbre de formular preguntas o cuestionar las propias acciones y decisiones en la práctica clínica diaria (11). Y la causa principal de esta carencia es que las facultades y escuelas de ciencias de la salud persisten en el modelo clásico de enseñanza basado en la transmisión expositiva, con poca formación en lectura crítica, ni en materias transversales como la entrevista clínica, el razonamiento clínico, o la toma de decisiones en entornos de incertidumbre. En los tiempos actuales ello constituye una debilidad importante, limitando la formación continua de los titulados posterior a la graduación, necesaria ante la obsolescencia acelerada del conocimiento médico (12;13).

Los alumnos de los cursos de medicina —en esencia médicos de Atención Primaria en formación—, los residentes de Medicina Familiar, y el resto de profesionales de Atención Primaria, deben ser tempranamente introducidos en la práctica concreta de la MBE. Ello será relevante no sólo para sus pacientes y familias, quienes recibirán una respuesta clínica óptima, sino también para los profesionales de salud, cuyo auto-aprendizaje mantendrá permanentemente actualizados, y en general para el sistema de salud, al ofrecer un abordaje más costo-eficaz y de mayor impacto sanitario (14).

La MBE y su mayor disciplina relacionada, la Epidemiología Clínica, tienen un enorme potencial para mejorar la competencia clínica individual de cada profesional de Atención Primaria, la re-

solutividad y la eficiencia de su práctica cotidiana. Para ello deberán (15):

- Tomar conciencia de las preguntas surgidas en la práctica clínica, las cuales se formulan espontáneamente cuando los proveedores de salud confrontan sus decisiones con lo sabido.
- Responder a estas preguntas, tomando conciencia de si se basan en evidencia o alguna otra fuente de información.
- Mantener lo más organizada posible nuestra colección de evidencias construidas a partir de las revisiones para los ítems anteriores.

De este modo, es importante ayudar a los residentes de Medicina Familiar, y en general a los médicos y otros profesionales de la Atención Primaria, tanto en formación como formados, para que apliquen la MBE cotidianamente, como parte de una rutina de aprendizaje de por vida.

Durante mucho tiempo, la actualización profesional ha dependido de los cursos de Educación Continua. No obstante, se ha demostrado repetidas veces que entre los asistentes regulares a cursos, congresos y otros mecanismos de capacitación □ que no son la mayoría de profesionales □, se alcanzaba un desempeño final semejante a quienes no acudían a dichas actividades (16). Por el contrario, se ha identificado que los realmente interesados en un tema, podrían haber aprendido sobre éste con o sin un curso estructurado, especialmente si contaban con una metodología didácticamente estructurada como la MBE, dado que lo más importante era su auto-motivación (16).

Sin embargo, antes de expandir la MBE, será necesario vencer un conjunto de mitos instalados entre el grupo de profesionales poco acostumbrados a la disciplina académica de la MBE, tales como:

- La MBE sólo tiene que ver con ensayos aleatorizados para medicamentos nuevos: Es cierto que los ensayos aleatorizados (randomizados) reciben mayor publicidad. Sin embargo, la MBE se ha aplicado también a temas como la predictibilidad de los diagnósticos basados en síntomas, signos del examen físico o exámenes auxiliares; así como los factores de riesgo para prevenir problemas o factores relacionados al mejor



o peor pronóstico de una determinada condición o enfermedad, todos ellos cercanos a la Atención Primaria (17).

- La MBE es sólo un “libro de recetas”: Si bien es cierto que a partir de la MBE se han multiplicado las denominadas “Guías basadas en la evidencia”, la verdad es que los grandes propulsores de la MBE siempre defendieron la idea de que la evidencia informe al clínico, pero nunca sustituya su pericia personal (18). Así, si bien la MBE tiene su origen en la metodología sistemática para revisar, evaluar y usar los hallazgos de las investigaciones buscando resolver una hipótesis, en ésta se valoriza su adaptación a la persona concreta que específicamente estamos abordando. Se dice que sin el uso de la experiencia clínica, la MBE conduciría a una tiranía de la evidencia externa, no siempre aplicable a cada paciente individual. Por otro lado, la experiencia clínica sin MBE reflejaría la mirada subjetiva, y tal vez poco actualizada o de menor costo-eficiencia para el paciente y el sistema como un todo. Por todo ello, las mejores decisiones se toman cuando experiencia clínica y evidencia son combinadas en dosis proporcionales.

- La MBE es sólo una estrategia más para controlar los costos de la atención: Es cierto que la MBE puede ahorrar gastos al identificar y preconizar intervenciones costo-efectivas (19), descartando antiguas prácticas sin mayor valor, y verificando que los nuevos y costosos medios sean realmente más eficaces que los convencionales más económicos. Sin embargo, la MBE siempre perseguirá maximizar la función: mayor calidad y cantidad de vida al costo más accesible. En tal sentido, en algunos casos la MBE puede recomendar medidas que incluso incrementan en vez de recortar el costo total de las atenciones. Lo importante es el resultado final.

- La MBE está hecha sólo para las universidades y los grandes hospitales: En diversos países, los niveles primarios de atención son precisamente los más interesados en impulsar la MBE, por las razones antes vistas (20). Así, a pesar de la corta evolución de la MBE, estos grupos ya ofrecen a sus pacientes de Atención Primaria las intervenciones

médicas de mayor beneficio establecido en la evidencia, aun siendo centros de baja complejidad.

Este último punto es sumamente relevante para nuestra discusión como colectivo de profesionales de los servicios de Atención Primaria. Así, aunque la MBE tiene utilidad concreta para todos los niveles de atención, es en la Atención Primaria de Salud donde la MBE alcanza mayor relevancia, debido a:

-Las características de entorno de alta incertidumbre para las prestaciones, en el cual abundan problemas en estadio indiferenciado, y por lo tanto generan dudas permanentes sobre el poder diagnóstico de nuestras herramientas semiológicas, exámenes o imágenes auxiliares.

-La multiplicidad de problemas que debe ver el profesional en los diferentes grupos poblacionales y para todas sus etapas del ciclo de vida.

-Las limitaciones para el uso de exámenes auxiliares y de imagenología, debido a restricciones económicas o a la distancia física a los grandes centros hospitalarios.

Pero de todos los mitos relacionados a la MBE, tal vez el mayor, sea pensar que para los “profesionales de a pie”, o sea para los no ligados a las grandes corporaciones del conocimiento (universidades, grupos farmacéuticos, equipos técnicos de las Sociedades Científicas), la MBE es apenas un hecho tangencial, lejano, en el que apenas debemos consumir --bajo la modalidad de guías y protocolos-- lo que otros producen. Ello no es correcto, por cuanto el aporte innovador de la MBE es fundamentalmente metodológico, proporcionando un mecanismo estructurado y práctico para hacer realidad la filosofía subyacente a la educación médica continua de mantenernos actualizados nosotros mismos, para ofrecer la mejor atención posible a nuestros pacientes.

En conclusión, debemos tomar conciencia de que la MBE debe ser un hecho impostergable en nuestras vidas profesionales. No sólo como recomendaciones vagas o citas en textos ajenos, sino como una disciplina estructurada para abordar las dificultades que se nos presentan rutinariamente.



Las razones por las que debemos comenzar a aplicarla en nuestra práctica cotidiana son múltiples, y los obstáculos por los cuales la MBE no se aplica en mayor medida se irán desvaneciendo paulatinamente. En esta época en que se produce tanta información, y el conocimiento establecido se modifica tan rápidamente, la gran virtud de la MBE es incrementar nuestra capacidad de adaptarnos rápidamente a los

cambios. La MBE es la mejor manera de alcanzar una rutina de actualización constante y auto-aprendizaje permanente. Todo médico familiar o médico de Atención Primaria debe estar entrenado y motivado para desarrollarla constantemente, y el mejor modo de conseguir ello es enseñando sobre esta práctica tanto durante el pregrado como en el residentado médico.

## REFERENCIAS

- (1) Brian-Haynes R. What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research* 2002 [cited 2012 Feb 16]; Available from: URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-2-3.pdf>
- (2) Gervás J, Pérez M. Uso apropiado de la medicina basada en pruebas: revisión de diez artículos recientes. *AMF* 2005; 1 (1): 46-56.
- (3) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71.
- (4) Marzo-Castillejo M. Evaluación de las intervenciones: papel de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. *Aten Primaria* 2007; 39 (12): 641-9.
- (5) Dodes JE. The amalgam controversy. An evidence-based analysis. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(3): 348-56.
- (6) Bonfill X. *Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia: algunas propuestas para los partidarios de impulsar su formación*. 1a ed. Barcelona: 2000.
- (7) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288 (3): 321-33.
- (8) Kim C, Kwok YS. Decision analysis of hormone replacement therapy after the Women's Health Initiative. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 (5): 1228-33.
- (9) Robaina-Padrón FJ. Controversias de la cirugía instrumentada y el tratamiento del dolor lumbar por enfermedad degenerativa. Resultados de la evidencia científica. *Neurocirugía* 2007; 18: 406-13.
- (10) Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence based medicine. *BMJ* 1999; (319): 1618.
- (11) Sackett DL SSRWR. *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone; 2000.
- (12) Sánchez M, Sánchez J, Aguinaga E, Madrigal M, Menárguez J. Docencia en medicina basada en la evidencia (MBE): estrategias y herramientas de evaluación. *Archivos en Medicina Familiar* 2009;11:17-32.
- (13) González E, García I, Blanco A, Otero A. Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una experiencia práctica. *EDUC MED* 2010; 13 (1): 15-24.
- (14) Molina A, Sequeira D. Gestión Institucional Basada en la Evidencia: el Caso de la CCSS. *Rev cien adm financ segur soc* 2004; 12 (1).
- (15) Buñuel JC. Medicina basada en la evidencia: una nueva manera de ejercer la pediatría. *An Esp Pediatr* 2001; 55 (5): 440-52.
- (16) Ruíz V, Cabello J. Clubes de lectura en el siglo XXI. *Med Clin (Barc)* 2010; 135 (12): 556-60.
- (17) Buñuel JC, Vila C, Heredia J, Lloveras M, Basurto X, Gómez E, et al. Utilidad de la exploración física para el diagnóstico de neumonía infantil adquirida en la comunidad en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32 (6): 349-54.
- (18) Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; (274): 700.
- (19) Alleyne G. Seminario Internacional sobre Prioridades en Salud. Investing in Global Health, editor. 2007.
- (20) Wilkinson EK, Bosanquet A, Salisbury C, Hasler J, Bosanquet N. Barriers and facilitators to the implementation of evidence-based medicine in general practice: a qualitative study. *Eur J Gen Pract* 1999; (5): 66-70.