

Medicina Basada en las Evidencias

Dres. Roberto Lede y Pablo Copertari

Introducción:

Dado que la salud se interpreta como un bien social, la utilización racional de los recursos que a ella se aplican es una obligación inexcusable de todas las personas relacionadas con los mismos, particularmente el médico. A éste le cabe la obligación de sugerir y brindar al paciente las alternativas de atención que hayan demostrado poseer la mayor eficacia en la resolución de su problema.

Los cuidados médicos indicados y la aplicación de los recursos deben ser éticos, equitativos y eficientes. *Éticos*, pues deben respetar el derecho de las personas a recibir lo más apropiado para sus dolencias y circunstancias; *equitativos*, pues deben ser provistos de manera tal que la asistencia de unos no perjudique la asistencia de otros y *eficientes*, pues deben ser los que hayan demostrado poseer la mayor capacidad para contribuir a resolver el problema al menor costo posible, y no nos referimos a costo económico únicamente, sino también a costo de riesgo, molestias, esfuerzos, etc.

Pero, ¿cómo saber cual es la mejor propuesta de atención médica? ¿cómo estar seguro de que un gasto es apropiado?.

La propuesta actual es la llamada Medicina Basada en las Evidencias (MBE). Esta asienta sus bases filosóficas en el movimiento que Pierre Charles Alexandre Louis propugnó en Francia hacia 1830: la “*Médecine d’Observation*”. Esta sostenía que los médicos no debían basar sus apreciaciones sobre las conductas ante la enfermedad exclusivamente en su experiencia personal, ya que ésta es proclive a la especulación, sino que lo debían hacer en función de las revelaciones experimentales que mostraran los efectos en términos cuantificables. Este criterio debió aguardar más de 150 años para ser rescatado e incorporado eficazmente, dentro de un contexto estructurado del saber médico que se denomina Epidemiología Clínica.

Los prohombres de este movimiento, tales como Archibald Cochrane, David L. Sackett, Iain Chalmers, R. Brian Hynes, Gordon H Guyatt, Peter Tugwell, eran médicos asistenciales. Oportunamente y por distintas razones, estos profesionales se obligaron a estudiar epidemiología, y en el desempeño de sus funciones como clínicos quedaron sorprendidos ante la magnitud con que, a la luz de sus crecientes conocimientos de los principios epidemiológicos y bioestadísticos, podían encontrar respuestas apropiadas sobre las enfermedades de sus pacientes y las conductas a seguir. Tuvieron claro que al aplicar ciertas estrategias básicas de la epidemiología al estudio de sus pacientes, podían mejorar sustancialmente su pericia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de éstos, como así también sus capacidades para una actualización médica eficiente.

Evidence-based medicine (EBM) is an important change in the way physicians practice, teach, and do research. It was initially proposed by Dr. David Sackett and colleagues at McMaster University in Ontario, Canada. Dr. Sackett defines EBM as:

"...the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients." ([Sackett, 1996](#))

Sackett realizes that evidence alone is not sufficient for the compassionate, effective care of patients. He stresses that the practice of EBM requires that it be integrated with clinical expertise, which brings the following important elements:

- expertise in performing the history and physical examination
- knowledge of the patient, the family, and the community which creates a context for therapeutic decision-making
- a relationship with the patient informed by his or her beliefs and values
- practical knowledge of the availability of resources in the community

The balance, and even tension, between evidence and clinical expertise is summarized by Sackett:

"Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannized by external evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best external evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients."

Estas nuevas ideas sobre el modo de enseñar, aprender y practicar la medicina, que permite además establecer un adecuado juicio de valor sobre la propia competencia, se diseminaron por el Viejo y el Nuevo Mundo, llegando a conformar un movimiento cultural internacional favorecido por una serie de fenómenos que han contribuido a generar una crisis en los modelos tradicionales de prestación médica. Estos hechos, incluyen:

- el difícil manejo del crecimiento exponencial en calidad, cantidad y complejidad de la información biomédica,
- las dificultades inherentes de acceso a la información y puesta al día por parte del médico,
- las evidencias que muestran que, por distintos factores, los resultados de las investigaciones no se ven reflejadas con eficiencia y eficacia en la actividad asistencial,
- la crisis financiera que soportan los sistemas sanitarios,
- el desarrollo explosivo de la tecnología informática, y
- el sorprendente fenómeno tecnológico y cultural que acompaña el advenimiento de Internet.

Favorecida por este contexto, la epidemiología clínica se expande, creando, mejorando y desarrollando estrategias cada vez más precisas para estudiar la distribución y los determinantes de la enfermedad en grupos y poblaciones, formulándolas desde una perspectiva clínica, y empleándolas para mejorar el desempeño del proveedor. Es así como, la Epidemiología Clínica evoluciona dando origen a la MBE.

David L. Sackett, su indiscutido padre espiritual, la define como: **“la MBE es un modelo de la práctica de la medicina, en el que la evidencia más confiable y ajustada para la circunstancia de un paciente en particular, es aplicada a fin de mejorar la calidad del juicio clínico y optimizar la ecuación costo-beneficio del cuidado de la salud”**.

La intención de la MBE no es priorizar los conocimientos contenidos en los artículos científicos por sobre la práctica sino integrarlo con el criterio clínico desarrollado en la asistencia para así ajustar mejor las decisiones asistenciales

Aspiramos en breve síntesis a interesarlos en sus aspectos esenciales. Cotidianamente los pacientes nos reclaman respuestas a sus dolencias y éstas implican conocimientos, no solamente información. Debemos e intentamos darles las mejores respuestas posibles, pero las elaboramos restringidas al marco de nuestro saber, sin considerar que los mismos, en la medicina de hoy, tienen una vida media menor a 5 años; es decir, que el 50% de lo que sabemos habrá cambiado en los próximos 5 años.

La asistencia médica exige una constante y compleja toma de decisiones y la habitualidad con la que se toman hace que pocas veces se reflexione sobre su mecanismo. Cuando analizamos las decisiones adoptadas, observamos que en la mayoría de ellas no podrían expresarse sus fundamentos científicos, por ignorarlos o por inexistentes.

Observamos que frente a problemas relativamente similares, la rutina de la tarea lleva a recurrir a soluciones conocidas, que no siempre son las mejores. Naturalmente nos sentimos muy apegados a lo aprendido en las etapas de formación y confiamos en esos conocimientos como incuestionables tablas de salvación. Nos perturba y molesta cuestionarlos. Al actuar en grupos (ej.: servicios médicos), se supone que nuestra idoneidad se sustenta en la vigencia de los procedimientos que practicamos más que en nuestra capacidad para apreciar su validez y modificar oportunamente nuestras conductas. La confrontación de opiniones o procedimientos se suele vivir como una potencial derrota personal, cuando la única verdadera derrota es no obtener lo mejor para el paciente.

Adquisición de los conocimientos:

El proceso que mayor influencia tiene en el aprendizaje de la medicina es el llamado subjetivo-abdicativo. Los conocimientos que se incorporan de este modo se relacionan en forma directa con la jerarquía y carisma de quienes los promueven. En general, observamos que los médicos estamos más preocupados por copiar lo que hacen nuestros maestros que en saber si eso es lo correcto. Por su parte, el maestro se preocupa más en enseñar sus técnicas que en saber si son las mejores.

Los médicos mayores, jefes o no, suelen sentirse incómodos cuando se cuestionan sus opiniones o procedimientos; modificarlos ante evidencias en contrario lo interpretan como un desmedro a su autoridad. En realidad, la autoridad se consolida al ser el líder del proceso de cambio permanente que implica la asistencia médica. Es fácil comprobar que la práctica de la medicina se revela como una actividad conservadora poco dispuesta a los cambios profundos, sobre todo si provienen desde “afuera” del círculo de pertenencia.

Suele ocurrir que la MBE produce rechazo pues proviene de la clase media médica (hablando desde el punto de vista de la formación) y con frecuencia no es bien vista por quienes consideran que “ya han llegado”. Los “viejos” sienten que los “MBEistas” invaden sus territorios (la experiencia), haciéndolos sentir desactualizados. La consecuencia habitual es rechazar la idea de la MBE en su conjunto.

El tema MBE es todavía un debate epistemológico más que un debate práctico: ¿de dónde proviene el conocimiento médico que se aplica diariamente y de dónde debiera provenir? Como hemos visto, la veracidad de un argumento depende, con harta frecuencia, de los antecedentes y el carisma del proponente. Esto es consecuencia de que el conocimiento está enraizado en la experiencia personal y conforma la imagen estereotípica del médico. Pero, cuando el conocimiento está basado en las evidencias científicas, no puede ser anunciado como de exclusiva propiedad intelectual de un iluminado o impuesto por la sola condición que otorga la autoridad.

Por otro lado, si se da prioridad a la experiencia en la toma de decisiones, la realidad muestra que más del 80% de los pacientes son asistidos por médicos en formación. Se debe alcanzar una estrategia que permita adoptar decisiones acertadas aún a los que posean menor experiencia.

Objetivos y procedimientos en la asistencia médica:

A los pacientes les asisten derechos. Entre ellos, el derecho a saber todo lo que atañe a su situación de salud. El médico debe proveerles la información adecuada y la misma deberá estar en un todo de acuerdo con lo que el avance de la ciencia permita y no limitada al conocimiento individual del médico actuante.

El médico tradicional suele sentirse dueño de sus pacientes, sin embargo, debe ser el enlace e intérprete entre el paciente y la ciencia y el ejecutor de las conductas convenidas de mutuo acuerdo.

Lo mejor para el paciente es la obtención de un estado de alivio a sus dolencias al menor costo posible. Menor costo entendido desde la perspectiva del paciente, lo que no siempre representará un menor costo desde la perspectiva del proveedor.

Para ello, el médico debe ser capaz de:

- identificar el problema del paciente y sus intereses
- formular la pregunta científica que lo defina

- seleccionar el mejor conocimiento existente al respecto
- adecuarlo para su aplicación al paciente a su cargo
- verificar la utilidad de la acción adoptada

La actitud que mejor concilia estos propósitos es la llamada Medicina Basada en las Evidencias. Esta se define como la aplicación consciente y juiciosa de las mejores evidencias vigentes para adoptar decisiones sobre el cuidado de paciente individuales. Pretende no limitar las posibilidades del paciente a los conocimientos de “alguien”, sino que integra los de “todos”.

La MBE es una manera de buscar respuestas a los problemas de los pacientes integrando las evidencias clínicas relevadas de un paciente individual y las mejores evidencias externas. En una primera exposición, la estrategia de la MBE es difícil de captar porque da la impresión de ser lo mismo que hacemos a diario. Sin embargo, al analizarlo con profundidad, vemos que lo que hacemos a diario es:

- relevar datos clínicos
- conformar un diagnóstico
- adoptar una decisión en base a nuestra opinión (que está conformada principalmente por observaciones no sistemáticas)

Justamente, uno de los aspectos más desafiantes es hallar un mecanismo idóneo para facilitar la incorporación rápida a la práctica asistencial de los conocimientos adquiridos mediante la investigación clínica. Usted puede descreer que los avances científicos resulten difíciles de incorporar a la práctica, pero un reciente estudio (Grol R. Med Care 2001;39:46-54) muestra que en EE.UU. y Holanda, dos países de alto desarrollo sanitario, el 40% de los pacientes no reciben cuidados acordes a la mejor evidencia y que un 25% recibe cuidados innecesarios o perjudiciales. Otro estudio (BMJ 2002; 324:945-8) muestra que en la mayoría de las maternidades de Latinoamérica aún se sigue realizando la episiotomía en forma rutinaria cuando hace más de 10 años que está demostrado (Lancet 1993;342:1517) que no previene la aparición de desgarros graves del periné.

En cambio, la MBE propone:

- relevar los datos clínicos e intereses del paciente
- elaborar un diagnóstico
- elaborar una pregunta científica
- seleccionar la respuesta analizando críticamente la literatura específica e integrándola con el criterio clínico
- verificar la eficacia de la acción adoptada

El análisis de la práctica médica permite esquematizar los fundamentos prioritarios de la toma de decisiones. Hay una medicina cotidiana que se basa en las vivencias individuales y fortuitas, a la que llamaremos, *Medicina Basadas en las Anécdotas*. Su rol no es menor ya que juega un papel muy importante en la elaboración de hipótesis. El problema surge cuando las anécdotas se toman como

conclusiones generalizables. Hay otro comportamiento que se basa en las opiniones de personas reconocidas, sin que la validez de dichas opiniones sea sometida a una evaluación crítica. Es la *Medicina Basadas en las Opiniones*, que, al igual que la anterior, juega un papel importante en la elaboración de hipótesis y suele constituir lo que llamamos experiencia. Otra actitud es la de fundamentar las decisiones en los últimos artículos publicados, pero sin someterlos a una evaluación crítica ni integrarlos con la experiencia clínica (*Medicina Basada en la Literatura*).

Finalmente, existe una actitud que exige de la experiencia clínica para poder interpretar al paciente y sus necesidades; se nutre de la literatura, para rescatar la mejor información aplicable al caso a tratar; requiere la posesión de sólidos conocimientos epidemiológicos y una amplia experiencia para seleccionar aquellos que sean aplicables al paciente en cuestión. Todo ello constituye la *Medicina Basada en las Evidencias*. Su práctica exige un nuevo médico que no sólo sea capaz de ejecutar técnicas, sino que además sepa interpretar críticamente la información científica y maneje con soltura los actuales recursos informáticos. Thomas Kuhn llamó a esto el nuevo paradigma de la medicina.

Existen muchos ejemplos de lo que ocurre cuando las decisiones no se toman considerando las evidencias. La perinatología, entre otras especialidades médicas, se ha revelado como una fuente pródiga en ellos:

- conductas beneficiosas que no se aplicaron por una deficiente interpretación de sus resultados iniciales (ej.: corticoides y maduración pulmonar fetal),
- conductas aplicadas durante décadas bajo la suposición de beneficios que luego se demostraron inexistentes (ej.: episiotomía sistemática),
- confrontaciones de tratamientos sustentados en evidencias básicas pero no clínicas (ej.: tratamiento de la eclampsia con sulfato de magnesio vs. diazepam),
- propuestas que alcanzaron rápida difusión sin que se hubiera demostrado su utilidad (ej.: TRH en maduración pulmonar; aspirina a bajas dosis para la prevención de la preeclampsia; monitoreo electrónico continuo de la FCF o ecografía sistemática en el embarazo de bajo riesgo).

A pesar de no haber demostrado beneficios, muchas de las [conductas](#) mencionadas se continúan practicando activamente sin que se le preste atención a sus riesgos potenciales ni a la inútil e ingente erogación de recursos que generan.

¿Cuá

1. La falta de capacidad de la comunidad médica para acceder, analizar y jerarquizar las evidencias publicadas. En unos casos, desaprovechando conductas útiles y en otros, manteniendo la práctica de conductas dañosas.
2. La resistencia al cambio de hábitos o la excesiva atracción por los cambios.
3. La fascinación por la tecnología.
4. La sistematización acrítica de las tareas asistenciales.

1. La falta de capacidad para el acceso, análisis y jerarquización de las publicaciones médicas:

Al no contar con formación epidemiológica, el paradigma de la práctica médica vigente, hace que al leer un artículo científico, el médico centrara su atención en la introducción y en la discusión, dado que estas secciones son de fácil lectura e interpretación. No ejercía ninguna apreciación crítica ni estaba en condiciones de elaborar sus propias conclusiones quedando fuertemente expuesto al criterio de los autores. Su razonamiento se basaba en que, por el solo hecho de estar publicado, la calidad de la información estaba garantizada. En 1911, Sir Bernard Shaw en su libro *"The doctor's dilemma"*, destacaba que los médicos creían que no se requerían conocimientos especiales para interpretar la evidencia científica. Dicha observación sigue vigente hoy. Los médicos solemos estar interesados en los resultados de las experiencias, sin demostrar mayor preocupación por la manera en que fueron obtenidas; esto equivale a admitir que todos los medios son apropiados y nos resistimos a hacer una neta distinción entre observación y experimento. Sackett puntualiza que hay muchas maneras de obtener conclusiones, pero solamente unas pocas de hacerlo bien.

El nuevo paradigma centra su atención en la pregunta a contestar, el método empleado para ello y los resultados obtenidos. El lector debe ser capaz de obtener sus propias conclusiones, que luego confrontará con las expuestas por los autores. Deja de ser un receptor pasivo de la información para asumir un actitud activa, convirtiéndose en un crítico. Sin la disponibilidad de los recursos informáticos modernos, es muy complejo, sino imposible, acceder en forma rápida a la información necesaria. La falta de estos recursos en los centros asistenciales anula la posibilidad de recurrir a ellos.

2. La resistencia al cambio de hábitos o la atracción por los cambios:

Es más fácil sentirse "seguro" si no nos cuestionamos lo que hacemos. Quien así actúa termina disponiendo de una lista de procedimientos establecidos e inamovibles para cada situación que se le presenta, sin considerar la vigencia de los mismos. Actuar de esta manera es más simple y menos trabajos.

Otros, sienten que si aplican los "últimos" procedimientos propuestos "están haciendo lo mejor", aunque no sepan si lo es. En general, tampoco están muy interesados en saberlo, les basta con que sea "novedoso".

Ambas circunstancias tienen en común la falta de apreciación crítica de las evidencias. En general, se nos enseña que la certeza es posible y que la incertidumbre debe ignorarse. La realidad de estas disciplinas es que la certeza es ilusoria y lo único cierto es la incertidumbre. Soslayar la incertidumbre es una clara fuente de roces y desacuerdos en la relación médico paciente.

La exigencia del empleo de criterios metodológicos rigurosos para elaborar las conclusiones sobre conductas médicas es el único camino apropiado para reducir los daños y gastos ocasionados por tratamientos ineficaces

3. La fascinación por la tecnología:

En el mundo moderno, la tecnología –en particular la electrónica- ejerce muchas veces una atracción irresistible. Todo aquello que esté vinculado a ella se considera más importante o útil que lo que no lo está. Ello ha llevado a la desvalorización de la observación clínica y al concepto de que la medicina avanza simplemente porque aplica más tecnología. La comunidad también lo percibe así. Prueba de esto es que la publicidad de los sistemas de cobertura médica priorizan cuanto tecnología de última generación disponen. Si la comunidad lo exige o si se la convenció de que ello es lo importante, es tema de discusión. Nuestra impresión es que se le enviaron suficientes mensajes para convencerla y se logró.

Sería conveniente que la comunidad estuviese plenamente informada de que el avance de la medicina se mide por los resultados obtenidos sobre puntos finales trascendentes y no sobre puntos intermedios, que no definen el curso del daño, ni con más diagnósticos de afecciones que no tienen tratamiento. Se confunde el avance de la física, electrónica o química aplicadas a la medicina con el de la medicina misma.

4. La sistematización acrítica de las tareas asistenciales:

La enseñanza se masificó por lo que la práctica tendió a sistematizarse en acciones estructuradas pensadas para pacientes teóricos. Esto hizo que el médico perdiera confianza en su capacidad de apreciar las características y necesidades del paciente individual, delegando dicha tarea en el recurso tecnológico. La difícil realidad económica lo impulsa a concretar muchas consultas en poco tiempo lo cual torna imposible dedicar el tiempo suficiente a la interpretación justa de los problemas del paciente. Los sistemas asistenciales fallan al no considerar que una consulta suficiente ahorra más recursos que las consultas cortas, que se resuelven con solicitudes de exámenes complementarios y prescripciones poco pensadas.

Sin embargo, no debe considerarse a la MBE como una estrategia para abaratar los costos asistenciales. Más aún, quizás en algunas condiciones no los abarate, pero con certeza aumentará genuinamente la calidad de las prestaciones con el consiguiente beneficio para la comunidad y por ende, para los sistemas a su servicio.

Quien actúa basado en la aplicación juiciosa de las mejores evidencias también está expuesto a errar en la elección del mejor cuidado médico para un paciente determinado, pero en el conjunto de su práctica obtendrá mejores resultados que quien no observa dichos principios

Práctica de la MBE

La práctica de la MBE, requiere la integración de:

- capacidad clínica

- la mejor evidencia publicada

Capacidad clínica

Es la excelencia del juicio y de la capacidad de apreciación de la realidad del paciente que adquieren los individuos a partir de su práctica reflexiva. Se refleja en mejores diagnósticos y en una más inteligente identificación de las preferencias del paciente para la toma final de la decisión sobre su atención.

La mejor evidencia publicada

Es la orientada hacia los resultados de investigaciones pragmáticas sobre la capacidad de las pruebas clínicas, el poder de los criterios pronósticos y la eficacia y seguridad de las conductas terapéuticas, de rehabilitación y preventivas.

La necesidad de mantener una relación fluida y activa con las evidencias publicadas exige no sólo la disponibilidad de los medios físicos para hacerlo, sino también el desarrollo de la capacidad de análisis de la información y saber apreciar con fundamentos cuál es la aplicable a un paciente determinado. Drummond Rennie, editor del JAMA, ha escrito: “parecería que no hubiera un estudio demasiado fragmentado, una hipótesis demasiado trivial, una cita demasiado sesgada, un diseño demasiado distorsionado, una metodología demasiado egoísta, un diseño demasiado flojo, una presentación de resultados demasiado imprecisa o contradictoria, un análisis demasiado auto-justificado, ni expresión gramatical o sintáctica demasiado ofensiva que impida que un artículo salga impreso” (JAMA 1996; 246: 1876-7). Esta sola frase justifica por demás la necesidad de adquirir la habilidad necesaria para analizar críticamente un artículo científico.

La obtención de la información apropiada depende de la pregunta que diera origen a la búsqueda bibliográfica. La formulación de la pregunta es la clave del éxito de la búsqueda. David Sackett ha estructurado la pregunta en cuatro componentes que nos guían en su construcción destacando que la pregunta debe permitir:

1. Emitir un diagnóstico
2. Estimar un pronóstico
3. Seleccionar una conducta
4. Evaluar los riesgos

Para lograrlo, se deben cumplir ordenadamente los siguientes pasos:

1. definir al paciente mediante sus características más relevantes y pertinentes para el tema a contestar
2. definir la intervención o conocimiento a evaluar (diagnóstico, causa, pronóstico, factor, tratamiento)
3. definir la comparación a efectuar (si es pertinente)
4. definir la evolución o resultado sobre el que se desea averiguar

La práctica de la MBE se ve auxiliada con la elaboración de guías que orienten al agente de salud sobre las actitudes a tomar. La preocupación que emerge de

inmediato es si es preciso que ante cada paciente se realice todo ese proceso analítico y de búsqueda de información; si se dispone del tiempo necesario para llevarlo a cabo y si hay formas de hacerlo sin mayores costos o esfuerzos.

Consideraciones finales:

Para el mejor desarrollo y aprovechamiento de los recursos, la ciencia necesita ser una parte integral de los servicios de salud. Cuanto menores sean los recursos, más importante es que las decisiones estén científicamente respaldadas. La buena investigación paga dividendos.

Sin capacidad clínica, la práctica corre el riesgo de ser dictada por evidencias inaplicables para un determinado paciente o ámbito de trabajo. Sin la evaluación permanente de las evidencias, la práctica queda rápidamente fuera de actualidad en detrimento de la calidad de la prestación. La evidencia puede informar pero no reemplazar a la experiencia individual que es la que juzga la aplicabilidad de un método para cada circunstancia y paciente determinados.

La MBE no es una entelequia impracticable ni elitista, es una actitud de crítica sistemática y constructiva. Ejercer la MBE implica admitir un cambio profundo en la práctica de la asistencia médica. No significa renegar de lo hecho hasta el momento, sino admitir que necesita ser actualizado utilizando todos los medios existentes. Están quienes dicen que la MBE es propuesta por aquellos que llevan a cabo sus tareas cómodamente instalados en la oficina y critican las de quienes hacen efectivamente el trabajo enfrentando la realidad cotidiana en los consultorios y salas de internación. Tal antinomia es una falacia, sólo deben compatibilizarse los criterios.

La MBE debe difundirse y hacerse accesible a todos. Hay que desmistificar lo científico en aras de una mayor comprensión de sus principios y utilidades. Los integrantes del equipo de salud, ya sean médicos o administradores, deben comprender los principios básicos mediante los cuales se elaboran (ver Diseños) y se buscan (ver Búsqueda bibliográfica) las evidencias científicas, así como cuáles son las maneras apropiadas para integrarlas. Esto facilitará la generación de un diálogo constructivo donde ambos se sientan integrando un mismo equipo, y no, como es habitual, los unos enfrentados con los otros. La razonabilidad de las decisiones tiene que pasar por las evidencias que las sustenten y no por la importancia relativa de quien las promueve.

Como todo cambio es lento y difícil de implementar y, seguramente, transitorio. Persisten muchos dilemas sobre cómo implementarlo, ejercer su práctica, establecer sus alcances y limitaciones, incluso hay temores sobre su efecto en la relación médico-paciente. Para que esta relación no se vea deteriorada, sino por el contrario fortalecida, el paciente debe ser informado del objetivo de la MBE. El hecho de practicarla de mutuo acuerdo, otorga al médico una dimensión más humana, con sus limitaciones de conocimiento, pero resaltando sus ansias de colaboración para beneficio de sus semejantes, quitando la imagen mágica del médico "sabelotodo".

Quedan situaciones a resolver claramente conflictivas para la toma de decisiones médicas: la visión utilitaria (grandes respuestas para grandes poblaciones) y la visión individualista (grandes respuestas para el Sr. A, que está sentado frente a mí).

Aún hay un largo camino para lograr la optimización de la incorporación de la evidencia al “pie de la cama”, pero comencemos por difundir estos conceptos e instalarlos en la conversación cotidiana de los profesionales del equipo de salud.

Bibliografía recomendada:

- Silberman W. Human Experimentation: A Guided Step into the Unknown. Oxford University Press, 1985.
- Chalmers I, Hetherington J, Elbourne D, Keirse M y Enkin M. Materials and methods used in synthesizing evidence to evaluate the effects of care during pregnancy and childbirth, in "Effective care in pregnancy and childbirth", por Murray Enkin, Marc Keirse y Ian Chalmers. Oxford Medical Publications, 1989.
- Guyatt GH. Evidence-based medicine. [EDITORIAL]. ACP Journal Club. 1991 Mar-April;114:A-16
- Evidence-Based Medicine Working group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5
- Sackett DL, Brian Haynes R. On the need for evidence-based medicine. Evidence Based Medicine 1995; 1: 1
- Evidence-Based Medicine: How to practice & learn EBM. Sackett DL, Scott Richardson W, Rosenberg W, Brian Haynes R. Eds. Churchill Livingstone, UK, 1997
- Silberman W. Where's the Evidence?. Debates in Modern Medicine. Oxford Medical Publications, UK, 1998.
- Lede R. Where there's will, there's a way. BMJ 1999; 318: 883