

Medicina General Familiar y Medicina Basada en Evidencias: ¿Una Combinación Posible?

Dr. Tomás Pantoja C.,
Médico Familiar,
Oxford, junio 2000.

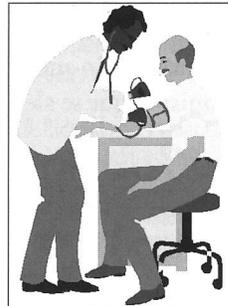
En muchos países desarrollados los sistemas de salud están enfrentando importantes cambios guiados por presiones político-económicas, y por una preocupación general acerca de un cuidado de salud efectivo y eficiente^{1,3}. Claramente dichos temas son también importantes para los países en desarrollo que, como Chile, tienen el imperativo de invertir sus limitados recursos en intervenciones sanitarias “efectivas”.

Durante la década pasada, el concepto de Medicina Basada en Evidencias (MBE)^{4,5} ha estimulado un amplio interés entre los profesionales de la salud – especialmente los médicos – como uno de los elementos básicos en la organización y la entrega de los servicios de salud^{6,8}. Aún más, los Estudios Controlados Randomizados (ECR) han sido considerados como el método más confiable para estudiar un tratamiento, y las Revisiones Sistemáticas (RS) de ECRs y su análisis cuantitativo por medio del meta-análisis son considerados la mejor evidencia respecto a la eficacia y efectividad de muchos tratamientos.

Sin embargo, mientras algunos consideran la MBE como un nuevo paradigma⁴, otros replican que no es nada más que viejos y conocidos conceptos reordenados en una nueva jerga^{9,10}. A pesar de estos diferentes puntos de vista, es indudable que las ideas incluidas en la MBE han impactado en muchas disciplinas de la salud, incluyendo la Medicina General Familiar (MGF).

LAS PECULIARIDADES DE LA MEDICINA GENERAL FAMILIAR..

La MGF es, por naturaleza, una disciplina altamente compleja caracterizada por una gran proporción de problemas poco diferenciados, que frecuentemente enfatizan la inter-relación



entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. El centro de la MGF es la relación entre el médico y su paciente, donde el médico debe integrar un amplio rango de diferentes tipos de conocimiento y emociones, tratando a los individuos en su contexto habitual, y reconociendo sus preocupaciones particulares, en un complejo proceso de toma de decisiones^{11,12}. Esto requiere la consideración de la evidencia acerca de la efectividad de diferentes tipos de intervenciones, así como la disponibilidad de recursos, y las necesidades, preferencias y prioridades de los pacientes.

Por lo tanto, los Médicos Familiares (MF) necesitan una enorme cantidad de información clínicamente relevante para responder las preguntas originadas a medida que ven pacientes diariamente^{13,14}. Dado el rápido crecimiento de la información clínica, la tarea de mantener al día su conocimiento es extremadamente difícil. Sin embargo, algunas de las habilidades y herramientas desarrolladas por la MBE pueden ser útiles para abordar este problema, a través del aprendizaje de la MBE, la búsqueda y aplicación de resúmenes clínicos basados en evidencia generados por otros, o la aceptación de protocolos o guías clínicas basadas en evidencia desarrolladas por colegas^{7,8}.

... Y LAS DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DE LA MBE

Por otro lado, la aplicación de los principios de la MBE a la MGF presenta una serie de dificultades. En primer lugar, más del 40% de los problemas en la MGF pueden ser clasificados como trastornos indiferenciados¹⁵, en los cuales la explora-

ción de las opciones diagnósticas o terapéuticas a través de los ECR es discutible. En segundo lugar, los pacientes en la consulta general a menudo presentan enfermedades crónicas con una serie de co-morbilidades y requieren intervenciones complejas, mientras que los ECR usualmente incluyen poblaciones con enfermedades específicas y exploran los efectos de intervenciones únicas en resultados tangibles y de corto plazo¹⁶. En tercer lugar, la mayoría de los ECR han incluido poblaciones altamente seleccionadas, como aquellas en hospitales docentes de alta complejidad, originando problemas con la aplicabilidad de los hallazgos a poblaciones generales como las atendidas por los MF^{17,18}. Finalmente existen consideraciones relacionadas a la disponibilidad de recursos, cultura de los pacientes, factores económicos y valores comunitarios, que tienen un importante efecto en la aplicación de la evidencia en la práctica general¹⁹. Así, un énfasis sólo en el enfoque bio-médico y los ECRs puede conducir a un reduccionismo que se aleja de la filosofía de la MGF^{20,21}.

PERO EL ACUERDO ES POSIBLE

A pesar de este complejo escenario, existe acuerdo en la necesidad de mejorar la práctica general a través de la integración de los hallazgos de la investigación – donde las habilidades ofrecidas por la MBE pueden ser de mucha utilidad, con las habilidades clínicas del MF, y los valores de los pacientes^{16,17,19,22,25}.



El avance y desarrollo del conocimiento médico constituyen un gran desafío para la MF, aún mayor que para la práctica hospitalaria, debido al mayor rango de “problemas” vistos por los MF comparados con los especialistas hospitalarios, y a la relativa carencia de investigación específica en atención primaria⁶.

Por otro lado, el movimiento de la MBE ha evolucionado desde la rígida aplicación de los principios de la epidemiología clínica hacia conceptualizaciones más amplias y complejas que incluyen el reconocimiento de la importancia de la experiencia clínica y de los valores de los pacientes en el proceso de toma de decisiones. Esto ha abierto la posibilidad de un alineamiento entre la MBE y disciplinas complejas como la MGF, lo que finalmente debiera resultar en un mayor beneficio para nuestros pacientes.

Y, EN LA PRÁCTICA ¿CÓMO SE HACE?

Sin embargo, la implementación de los hallazgos de la investigación clínica o social en la práctica diaria no es una tarea fácil. La ingenua suposición de que cuando la información está disponible, los médicos u otros profesionales acceden a ella, la analizan críticamente y luego la aplican, está claramente desacreditada. El conocimiento de una guía de práctica clínica o de una recomendación basada en evidencia puede ser importante, pero es rara vez suficiente para cambiar la práctica clínica²⁶.

Aquellas revisiones enfocadas en estrategias generales, como la Educación Médica Continua (EMC) o las Guías de Práctica Clínica (GPC), muestran que las intervenciones complejas que abordan las diferentes barreras para el cambio tienen más probabilidad de ser efectivas que las intervenciones simples^{27,29}. En el caso de la introducción de GPC²⁸, una RS de 91 estudios concluyó que las GPC pueden cambiar la práctica clínica y su efectividad fue mayor cuando se tomaron en cuenta las circunstancias locales, se diseminaron a través de intervenciones educativas intensivas y se implementaron utilizando avisos (*reminders*) paciente-específicos. Oxman et al²⁹ en una RS muy citada de 102 estudios de intervenciones para mejorar la entrega de servicios de salud concluyó que “no hay soluciones mágicas” (*no magic bullets*), pero existe un amplio rango de intervenciones disponibles que, utilizadas apropiadamente pueden conducir a mejoras sustanciales en la efectividad y eficiencia del cuidado de salud.

En cuanto a las estrategias más específicas, la diseminación pasiva de material educativo no produce, en general, un cambio conductual. Los sistemas de recordatorios o avisos (*reminders*) son generalmente efectivos para cambios en áreas como la prescripción de medicamentos y el cuidado preventivo. Las auditorías y retroalimentación, los líderes de opinión, y otras intervenciones (*sistemas informáticos computarizados, información acerca del costo de las intervenciones, medios de comunicación masivos y los programas de mejoramiento continuo de la calidad*) tiene efectos mixtos y debieran ser usados selectivamente.

Resumiendo, la mayoría de las intervenciones son efectivas bajo algunas circunstancias, pero ninguna es efectiva en todas las circunstancias. Asimismo, las intervenciones basadas en el análisis de las barreras potenciales al proceso de implementación, y diseñadas ad-hoc para organizaciones específicas parecen ser más efectivas.

En mi opinión, el desafío actual, más que cuestionar la inte-

gración de los hallazgos de la investigación en la práctica general – a través de la MBE, epidemiología clínica, etc. –, es la manera cómo estas habilidades y conocimientos se implementan en el quehacer diario de los profesionales de la atención primaria. La literatura muestra una amplia gama de posibles intervenciones, pero para que sean efectivas deben ser individualizadas de acuerdo a las características

propias de cada organización. Especial énfasis debe ser puesto en el análisis de las barreras y facilitadores al proceso de cambio y en la evaluación y monitorización del proceso. A menos que la implementación de este tipo de intervenciones sea exitosa, los beneficios de un cuidado de salud más efectivo y eficiente no alcanzarán a nuestros pacientes.

Referencias

- Secretary of State for Health. The new NHS. London: Stationery Office, 1997.
- NHS Executive. Promoting clinical effectiveness: a framework for action in and through the NHS, 1996.
- Yankelovic D. The debate that wasn't: The public and the Clinton plan. *Health Affairs* 1995;14:7-23.
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268:2420 - 2425.
- Sackett DL, Rosenberg WMC. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995;88:620-624.
- Silagy C, Haines A. *Evidence Based Practice in Primary Care*. London: BMJ Books, 1998.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- The Lancet. Evidence-based medicine, in its place (editorial). *Lancet* 1995 ; 346: 785.
- Fisher PM. Evidentiary Medicine lacks humility. *J Fam Pract* 1999;48:345-346.
- McWhinney I. *A textbook of Family Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Lamberts H, Hofmans-Okkes I. Values and roles in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:178-180.
- Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med* 1985;103:596-599.
- Barrie AR, Ward AM. Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study. *BMJ* 1997;315:1512-1515.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-1133.
- Van Der Weyden MB. Promoting an evidence based for general practice (editorial). *Med J Aust* 1999;171:60-61.
- Fahey T. Applying the results of clinical trials to patients in general practice: perceived problems, strengths, assumptions, and challenges for the future. *Br J Gen Pract* 1998;48:1173-1178.
- Ridsdale L. Evidence-based learning for general practice. *Br J Gen Pract* 1996;46:503-504.
- Rosser WW. Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. *Lancet* 1999;353:661-664.
- Jacobson LD, Edwards AG, Granier SK, Butler CC. Evidence-based medicine and general practice. *Br J Gen Pract* 1997;47:449-452.
- MacAuley D. The integration of evidence based medicine and personal care in family practice. *Ir J Med Soc* 1996;4:289-291.
- Young JM, Ward JE. General practitioners' use of evidence databases. *Med J Aust* 1999; 170:56-58.
- Dawes M. On the need for evidence-based general and family practice. *Evidence-Based Medicine* 1996;1:68.
- Horton R. Evidence and primary care (editorial). *JAMA* 1999;353:609-610.
- Greenhalgh T. Evidence-based Medicine: So is it useful? *Br J Gen Pract* 1997;47:764-765.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. The University of York. Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999;5(1).
- Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274:700-705.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. The University of York. Implementing clinical guidelines: can guidelines be used to improve practice? *Effective Health Care* 1994; 1: 1-12.
- Oxman AD, Thompson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153:1423-1431.