

De los editores

Medwave 2014;14(5):e5968 doi: 10.5867/medwave.2014.05.5968

Presentando una nueva serie: La evidencia para las decisiones en salud

Introducing a new series: Evidence-based decision-making

Autora: Vivienne C. Bachelet⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Editora Jefe, Medwave

E-mail: vbachelet@medwave.cl

Citación: Bachelet VC. Introducing a new series: Evidence-based decision-making. *Medwave* 2014;14(5):e5968 doi: 10.5867/medwave.2014.05.5968

Fecha de publicación: 11/6/2014

Resumen

Se presenta una paciente a su consulta aquejada de ideas persistentes e intrusivas que le impiden llevar adelante sus tareas cotidianas y que le causan bastante angustia. Usted le aplica un cuestionario simple y concluye que posiblemente tiene un trastorno obsesivo compulsivo. El estudio de rigor descarta otras causas menos frecuentes de cuadros similares y una evaluación diagnóstica estandarizada formal confirma su sospecha clínica. ¿Cuáles son los mejores tratamientos disponibles para ofrecer a su paciente y qué grado de éxito tienen (...)

Abstract

A patient comes to your office with repeated unwanted and intrusive thoughts that prevent her from conducting her daily life activities and that make her anxious. You apply a simple screening and conclude that she may have an obsessive-compulsive disorder. The work-up rules out other less frequent causes of similar manifestations and a more formal diagnostic interview confirms your clinical suspicion. What are the best treatment options you can offer your patient and how successful are they? (...)

Se presenta una paciente a su consulta aquejada de ideas persistentes e intrusivas que le impiden llevar adelante sus tareas cotidianas y que le causan bastante angustia. Usted le aplica un cuestionario simple y concluye que posiblemente tiene un trastorno obsesivo compulsivo. El estudio de rigor descarta otras causas menos frecuentes de cuadros similares y una evaluación diagnóstica estandarizada formal confirma su sospecha clínica [1]. ¿Cuáles son los mejores tratamientos disponibles para ofrecer a su paciente y qué grado de éxito tienen?

Ya nos hemos pronunciado previamente en la *Revista* acerca de cómo está cambiando el paradigma de las revisiones sistemáticas, baluarte fundamental de la medicina basada en evidencia [2],[3],[4] como resultado de la creciente importancia que se le da al sesgo de publicación (cuando se publican más los estudios con resultados favorables que aquellos que no lo son) y otros problemas que se han ido detectando en la literatura biomédica [5],[6],[7],[8],[9],[10],[11]. Podemos incluso llegar a decir que la forma en que se practica la medicina basada en evidencia está obsoleta. Han ido surgiendo nuevas maneras de aproximarse a la evidencia y más que leer artículos originales y hacerles el correspondiente

análisis crítico, se comienza a percibir la necesidad de disponer de resúmenes confiables que sean rápidos de producir. El CAT (*critically appraised topic*) que ya publicamos este mes (doi: [10.5867/medwave.2014.05.5964](https://doi.org/10.5867/medwave.2014.05.5964)) es un ejemplo claro de esta nueva tendencia. Junto con estos esfuerzos también están aquellos orientados a mejorar la calidad de las guías de práctica clínica. El grupo GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group*) y la Colaboración Cochrane han liderado estos desarrollos en el tema de guías clínicas y de revisiones sistemáticas, respectivamente.

Con todas las limitaciones expresadas anteriormente, razonablemente es posible decir que la base de evidencia que se dispone hoy es mucho más sólida que hace 20 o 40 años atrás. Las mismas tecnologías de la información e internet permiten un intercambio casi en tiempo real de los avances de la investigación científica por lo que es siempre más infrecuente encontrar conclusiones como "no tenemos evidencia de". En la actualidad existe más claridad de que la dicotomía "hay evidencia"/ "no hay evidencia" no funciona. La medicina es mucho más compleja que eso. Hoy necesitamos conocer cuáles son

los beneficios y los riesgos de los tratamientos, la confianza que podemos tener en la investigación existente, y cómo podemos proporcionar estadísticas razonablemente fiables a nuestros pacientes para coadyuvarlos en el proceso de decidir qué curso de acción es el mejor para cada paciente dado, en cada contexto determinado.

Hace no más de quince años atrás, el énfasis estaba puesto en la educación médica continua. Sin embargo ahora se habla de *knowledge translation*, una ciencia en desarrollo que se propone superar la tremenda brecha entre lo que sabemos y lo que practicamos, o bien, superar las barreras para implementar la práctica basada en la evidencia [12].

Iniciamos en *Medwave* una nueva serie llamada "La evidencia para las decisiones en salud" y cuyo propósito es orientar al clínico en el proceso de toma de decisiones usando la mejor evidencia disponible. La serie comenzará con un artículo de los profesores Ignacio Neumann y Gabriel Rada (doi: [10.5867/medwave.2014.05.5966](https://doi.org/10.5867/medwave.2014.05.5966)). Ambos pertenecen al GRADE y a la Colaboración Cochrane. Gabriel Rada es también codirector de la rama regional del cono sur de la Red Cochrane Iberoamericana. Esta inserción de los autores en las instancias internacionales más importantes en materia de elaboración de guías clínicas y de revisión de la evidencia para generar metanálisis nos permite tener contribuciones del mejor nivel para nuestra revista. La serie pretende dar a conocer conceptos esenciales para la toma de decisiones en salud y tratará, entre otros, temas tales como cuándo vale la pena decidir, cómo tomar decisiones basadas en la evidencia, cómo encontrar la evidencia de manera rápida y eficiente, cómo interpretar los resultados y la confianza en ellos, cómo traducir la evidencia en decisión clínica y cómo llevarla al contexto práctico enfrentado al paciente. Tal como con la serie "Temas y controversias en bioestadística" recién iniciada, esta serie comienza ahora pero no tiene un fin predeterminado. Será la naturaleza misma de la evolución de la disciplina que nos dirá cómo seguiremos.

Para la paciente con trastorno obsesivo compulsivo que planteamos al inicio de este editorial, el NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) emitió una guía clínica en 2005 [13] con recomendaciones basadas en 17 estudios controlados que sugieren que la terapia cognitiva-conductual es efectiva y que hay buena evidencia para el uso de serotonérgicos y de clomipramina, pero en asociación con la terapia psicológica para evitar recaídas. En la era de GRADE, también sería necesario saber si la recomendación es **fuerte** (los beneficios superan a eventuales efectos secundarios) y cuál es la **calidad** de la evidencia. Cuando se conjugan estos dos componentes, se le puede orientar a la paciente para que decida en base a la mejor evidencia, integrando también sus creencias y sus posibilidades prácticas de acuerdo a su proyecto de vida.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

VCB declara no tener potenciales conflictos de intereses con la materia de este artículo.

Agradecimientos

La autora agradece a Gabriel Rada por haber ayudado con algunas ideas centrales expresadas en este editorial.

Referencias

1. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 2014;348:g2183. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Bachelet VC. Missing clinical trial data, but also missing publicly-funded health studies. *Medwave*. 2013;13(06):e5740. | [CrossRef](#) |
3. Bachelet VC. Let there be light on publicly funded health studies. *Medwave*. 2014;14(02):e5921. | [CrossRef](#) |
4. Bachelet VC. The Tamiflu saga continues: will our conduct change after the publication of the latest systematic review on benefits and harms of oseltamivir? *Medwave*. 2014;14(4):e5953. | [CrossRef](#) |
5. Hart B, Lundh A, Bero L. Effect of reporting bias on meta-analyses of drug trials: reanalysis of meta-analyses. *BMJ*. 2012;344:d7202. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Suñé P, Suñé JM, Montoro JB. Positive outcomes influence the rate and time to publication, but not the impact factor of publications of clinical trial results. *PLoS One*. 2013;8(1):e54583. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Richards SM, Burrett JA. A proposal for reducing the effect of one of many causes of publication bias. *Trials*. 2013;14:41. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Rada G. The requirement to disclose individual patient data in clinical studies will bring down the wall behind which the pharmaceutical industry hides the truth: the Kerkopoporta is ajar. *Medwave*. 2013;13(05):e5735. | [CrossRef](#) |
9. Jones CW, Handler L, Crowell KE, Keil LG, Weaver MA, Platts-Mills TF. Non-publication of large randomized clinical trials: cross sectional analysis. *BMJ*. 2013;347:f6104. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Costa-Font J, McGuire A, Stanley T. Publication selection in health policy research: the winner's curse hypothesis. *Health Policy*. 2013;109(1):78-87. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Bloom T, Ganley E, Winker M. Data Access for the Open Access Literature: PLOS's Data Policy. *PLoS Med*. 2014;11(2):e1001607. | [CrossRef](#) |
12. Davis D, Evans M, Jadad A, Perrier L, Rath D, Ryan D, et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ*. 2003;327(7405):33-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obsessive compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (CG31). NICE; 2005. nice.org.uk [on line] | [Link](#) |

Correspondencia a:
Villaseca 21, oficina 702
Ñuñoa,
Santiago de Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.