

## Medicina basada en la evidencia

### Metodología

Los principios de la atención médica basada en evidencias han sido aceptados en forma generalizada, y se encuentran disponibles varios libros de texto para adentrarnos en su práctica (1).

Con el fin de ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención posible, los médicos necesitamos integrar la información proveniente de la investigación científica sistemática de la más alta calidad con la experiencia clínica individual o arte de la medicina, y las preferencias personales de los pacientes.

Esta sección de Experiencia Médica intentará contestar preguntas clínicas frecuentes originadas en la práctica clínica diaria con respuestas basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Hemos adaptado para éste fin, el formato desarrollado exitosamente y ya suficientemente probado por Kevin Macaway-Jones en el Emergency Medicine Journal, y por Bob Phillips en la sección Archimedes del Archives of Diseases in Childhood.

Se advierte a los lectores que los tópicos tratados no son revisiones sistemáticas en el sentido de que no pretenden exhaustividad ni intentan ser un análisis sintético de datos estadísticos sobreagregados.

El esquema que presentará la sección (2) se compone de una descripción del problema clínico, seguido de la formulación de la pregunta clínica estructurada de acuerdo al problema, a modo de diferenciar: [paciente], [intervención], [comparación] si corresponde y [resultado de interés], con el fin de focalizar lo mejor posible la búsqueda bibliográfica en los términos más

adecuados. Un breve descripción de la búsqueda bibliográfica ordenada de acuerdo a la calidad de la evidencia (3). Se iniciará la búsqueda en fuentes secundarias (Cochrane Library, Best Evidence y Clinical Evidence), para luego explorar hasta las fuentes primarias más recientes en Medline utilizando Clinical Question Filters.

La evidencia encontrada deberá ser analizada con la técnica de Critical Appraised Topic (CAT) dada por el Centre of Evidence Based Medicine de Oxford (UK). Los tópicos sobresalientes serán luego resumidos en una tabla de Best Evidence Topic (BET) que identificará los estudios, los autores, el tamaño muestral, el diseño experimental y el nivel de evidencia, los objetivos principales y los resultados. Luego un comentario narrativo breve sobre la evidencia y su aplicación y por último una respuesta basada en los como máximo, tres principales BETs.

Se invita a los lectores a enviar a esta sección sus propias preguntas y las respuestas obtenidas de acuerdo al método expuesto más arriba y a concurrir los primeros y terceros jueves de cada mes, a las 12 hs. a las secciones de: "Hacia una atención médica basada en evidencias", en el aula auditorio del Hospital Privado.

### Bibliografía:

(1) Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Sacket DL, et. al. BMJ Books: London 2000.

### Glosario

#### Términos utilizados en Medicina Basada en la Evidencia

Glosario de la terminología inglesa utilizada con más frecuencia

Cuando el tratamiento experimental reduce el riesgo de un evento perjudicial:

**RRR (relative risk reduction):** La reducción del riesgo relativo es la reducción proporcional del índice de un evento negativo entre los pacientes del grupo experimental (EER: experimental event rate) y control (CER: control event rate). Se calcula como (EER-CER)/CER con su IC95% correspondiente.

**ARR (absolute reduction risk):** La reducción del riesgo absoluto es la diferencia aritmética entre el EER y el CER. Se calcula como EER-CER con su IC95%.

**NNT (number needed to treat):** El número necesario de pacientes a tratar es el número de pacientes que se requiere tratar para prevenir un resultado negativo adicional. Se calcula como  $1/AAR$  y debe acompañarse de su IC95%.

Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un evento beneficioso:

**RBR (relative benefit increase):** El incremento del beneficio relativo es el aumento proporcional del índice de un evento beneficioso, comparando el grupo experimental (EER) con los pacientes control (CER), se calcula (EER-CER)/CER con su IC95%.

**ABI (absolute benefit increase):** el incremento

del beneficio absoluto es la diferencia aritmética entre el EER y el CER, se calcula como EER-CER con su IC95%.

**NNB (number needed to benefit):** El número necesario de pacientes a beneficiar indica el número de pacientes a tratar en el grupo experimental para obtener un resultado beneficioso adicional en comparación con el grupo de control.

Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un evento perjudicial:

**RRI (relative risk increase):** El incremento del riesgo relativo es el incremento en el índice de un evento negativo, comparando el grupo experimental con el control, y se calcula como el RBI. También se utiliza para evaluar el efecto de los factores de riesgo de una enfermedad.

**ARI (absolute risk increase):** El incremento del riesgo absoluto es la diferencia absoluta en el índice de un evento negativo, cuando el tratamiento experimental perjudica más pacientes que en el grupo control, se calcula como el ABI.

**NNH (number needed to harm):** El número necesario de pacientes a perjudicar es el número de pacientes quienes si reciben el tratamiento experimental, para provocar un resultado perjudicial adicional comparado con el grupo de pacientes control. Se calcula como  $1/ARI$  con su IC95%.

**Confidence Interval (CI):** El intervalo de confianza cuantifica la incertidumbre de la estimación realizada en una muestra, normalmente se informa como IC95%, lo que expresa el rango numérico dentro del cual se encuentra con una seguridad del 95% el verdadero valor de la población estudiada.

Se calcula como  $1,96 \pm \text{raíz cuadrada de } (p \cdot (1-p)/n)$

#### Estudios diagnósticos:

**Sensitivity (Sen):** La sensibilidad es la proporción de pacientes con la enfermedad en cuestión quienes tienen un resultado positivo de la prueba. Se calcula como el cociente de Verdaderos Positivos (VP) sobre la suma de Verdaderos Positivos más Falsos Negativos

(FN).

**Specificity (Spe):** La especificidad es la proporción de pacientes sin la enfermedad en cuestión quienes presentan un resultado negativo de la prueba. Se calcula como Verdaderos Negativos (VN) sobre Verdaderos Negativos más Falsos Positivos (FP).

**Pretest probability (prevalence):** La prevalencia preprueba es la proporción de pacientes que presentan la enfermedad en cuestión antes de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como  $VP+FN/VP+FN+FP+VN$ .

**Pretest odds:** La razón preprueba es la razón entre los pacientes que presentan la enfermedad y los que no la tienen, antes de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como probabilidad preprueba/1-probabilidad preprueba.

**Likelihood ratio (LR):** La razón de probabilidad es la razón entre la probabilidad de un resultado dado en los pacientes que presentan la enfermedad y la probabilidad de ese mismo resultado entre los pacientes que no presentan la enfermedad en estudio. La LR para un resultado positivo se calcula como  $(Sen / 1-Spe)$ . La LR para un resultado negativo se calcula como  $(1-Sen/ Spe)$ .

**Post-test odds:** La razón postprueba es la razón entre los pacientes que presentan la enfermedad y los que no la tienen, después de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como la razón preprueba x la razón de probabilidad.

**Post-test probability:** La probabilidad postprueba es la proporción de pacientes con un resultado particular de la prueba que presentan la enfermedad luego de haber realizado dicha prueba. Se calcula como razón postprueba/1-razón post prueba. El uso del nomograma de Fagan evita la realización de estos cálculos.

#### Bibliografía:

Anonimo. Glosary. ACP Journal Club 2002;137:A-19.  
Sackett DL, Straus S, Richardson WS, et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: BMJ Books, 2000.