

LA COLABORACIÓN COCHRANE

Cobra especial interés el gran impulso con que está emergiendo el nuevo paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que consiste en la interpretación de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de ésta (1-15).

La Colaboración Cochrane aspira a ser uno de los principales instrumentos de la Medicina basada en la Evidencia. Su nombre no es ninguna casualidad: Archie Cochrane, médico y epidemiólogo británico († 1988) es el autor del libro —por muchas razones todavía insuperado— «Effectiveness and Efficiency: Random reflections on health services» (16). En una simplificación extrema, el mensaje de Cochrane es el siguiente: no se puede aumentar la eficiencia sin pasar por la eficacia. No se puede, en otras palabras, pensar en aumentar la eficiencia si quienes deben decidir, evaluar o planificar las prestaciones sanitarias no están en condiciones de distinguir aquello eficaz de lo que no lo es. Pensado en cualquiera de tantas intervenciones ampliamente difundidas en la práctica clínica y nunca sometidas a la evaluación de una rigurosa experimentación controlada, ¿cuántos están (estamos) dispuestos a aceptar su verificación empírica a fin de determinar si la intervención puede dar resultados peores que la no-intervención? Incluso Science, en un reciente comentario parafraseaba a Cochrane para denunciar la gran paradoja que debe afrontar cualquier reforma del sistema sanitario: «Los gestores de la sanidad que deseen alentar a los médicos a aplicar las prácticas clínicas con su mejor balance entre coste y beneficio deben afrontar un gran problema: los mismos médicos —por no mencionar a los técnicos ministeriales— frecuentemente no saben cuáles son, entre tantas, las prácticas más eficaces» (17). Aunque hace tiempo que unos y otros damos vueltas a esta situación, raramente ha sido enunciada con esta claridad: no conocemos la eficacia real de una gran parte de las prácticas e intervenciones que constituyen la actividad de los sistemas sanitarios, y además, sólo ha sido estudiada la eficacia de una parte de las mismas. Asimismo, una proporción significativa es aplicada inadecuadamente, también a causa de un insuficiente esfuerzo de síntesis y de difusión de la información (18).

No es posible, entonces, una solución individual al reto de conocer, criticar y sintetizar las evidencias disponibles sobre la eficacia de una determinada práctica clínica. Las revisiones ocupan una posición clave en la cadena que tendría que enlazar los resultados de la investigación en un extremo, con unos mejores resultados sanitarios en el otro. Deben establecerse unos mecanismos que garanticen de manera no episódica que estas revisiones sistemáticas sean realizadas, actualizadas periódicamente, divulgadas adecuadamente y dadas a conocer. Diversos sectores profesionales y científicos comenzaron a ser sensibles a las críticas de Cochrane, y desde 1993, se ha desarrollado la Colaboración Cochrane. La tarea de la Colaboración Cochrane es preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos controlados sobre la atención sanitaria, y cuando este tipo de estudios no están disponibles, revisiones de la evidencia más fiable derivada de otras fuentes. Aunque la Colaboración Cochrane está todavía en una etapa temprana de su desarrollo, su estructura básica y los métodos de trabajo ya han quedado establecidos. Los grupos de revisores se nuclean por grandes temas (diabetes, VIH, perinatología, etc.), por campos (niños, ancianos, países en desarrollo); o por metodologías (análisis estadístico, informática, etc.). Muchísimas de las revisiones ya publicadas o que verán la luz y que ahora están propuestas en los protocolos tienen como base un estudio de estudios sobre temas farmacológicos, por ejemplo: Terapia anti-biótica en la sinusitis aguda; Revisión sistemática de la literatura; Eficacia de la tacrina en la enfermedad del Alzheimer; Eficacia y seguridad de la amodiaquina en el tratamiento de la malaria (amodiaquina comparada con cloroquina o pirimetamina/sulfadoxina). Éstas, junto a otras revisiones, protocolos (revisiones en curso) o títulos (propuestas) y mucha otra información de interés, se pueden consultar a través de la re-

vista electrónica Cochrane Library, que se edita cuatro veces al año con nuevas revisiones y las actualizaciones de las anteriores (19).

El éxito y el entusiasmo que esta iniciativa ha generado ha llevado a un desarrollo muy rápido de la Colaboración, pero es muy complejo transformar un movimiento como éste en una fuerza que sea operativa. Uno de los retos más importantes para desarrollar una medicina basada en la evidencia es lograr que los médicos entiendan hasta qué punto necesitan información fiable para tomar sus decisiones (20). Para ello será preciso identificar los mecanismos que se han revelado eficaces para invertir la tendencia actual a utilizar vías informales o poco sistemáticas a la hora de tomar decisiones clínicas. Pero es bueno no olvidar que —como lo aclara el mismo Archie Cochrane— la disponibilidad de evidencias y de revisiones fiables sobre los efectos de prácticas sanitarias específicas, aunque necesarias para guiar las decisiones, representan sólo un requisito a fin de garantizar que la mejor asistencia sanitaria pueda, efectivamente, prestarse. Esto implica, de manera imprescindible, que hay que tener en cuenta una serie adicional de factores sociales, políticos y económicos para impulsar, en cada ámbito concreto, la adopción de aquellas formas de asistencia cuya eficacia haya sido demostrada, así como desestimar aquellas que verosíblemente puedan ser más perjudiciales que beneficiosas.

En resumen, podríamos decir que algunos de los problemas más acuciantes de la Medicina moderna vienen originados por la falta de base crítica que ha caracterizado la mayor parte de su historia, agudizándose progresivamente a partir de la masiva y ciega introducción de tecnologías en su práctica y de las más amplias necesidades de la población en materia de salud. Los profesionales disponen de un impresionante bloque de conocimientos y de procedimientos para cumplir sus objetivos, pero se encuentran con que no tienen criterios lo suficientemente válidos para utilizarlos con eficacia y eficiencia. Los recursos requeridos son cada vez mayores y difíciles de conseguir y los resultados obtenidos mediocres o desconocidos para permitirse el lujo de permanecer impasibles.

DR. XAVIER BONFILL

**Coordinador de la Colaboración Cochrane española
Centre d'Estudis, Programes i Serveis Sanitaris
Fundació Parc Taulí / Consorci Hospitalari del Parc Taulí
Parc Taulí s/n. 08208-Sabadell**

BIBLIOGRAFÍA

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2920-5.
2. Rosenberg W, Donald A. Evidence Based Medicine. An approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995; 310: 1122-6.
3. Crawley L. Evidence Based Medicine: A new paradigm for the patient. *JAMA* 1993; 269: 1253-4.
4. Davidoff FF, Maynes B, Sackett D, Smith R. Evidence Based Medicine. A new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* 1995;310:1085-6.
5. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. I. How to get started. *JAMA* 1993;270:2093-5.
6. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993;270:1598-601.
7. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. III. How to use an article about diagnostic test, Are the results of the study valid? *JAMA* 1994; 271:389-91.
8. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. III. How to use an article about diagnostic test. What are the results and they help me in caring for my patients. *JAMA* 1994;271:703-7.
9. Levine H, Walter S, Haines T, Holbrook H, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. IV. How to use an article about harm. *JAMA* 1994;271:1615-9.
10. Laupacis A, Wells G, Richardson S, Tugwell P, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. V. How to use an article about prognosis. *JAMA* 1994;272:234-7.
11. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. VI. How to use an overviews. *JAMA* 1994;272:1367-71.

12. Richardson WS, Detsky AS, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. VII. A. How to use a clinical decision analysis. A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1994; 273:1992:1292-5.
13. Richardson WS, Detsky AS, for the Evidence Based Working Group. User's guides to the medical literature. VII. B. What are the results and will they help me in caring for my patients. *JAMA* 1994;273: 1610-3.
14. Haynes RB. Loose connections between peer-reviewed clinical journal and clinical practice. *Ann Intern Med* 1990;113:724-8.
15. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ* 1995; 312:71-2.
16. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. Random reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals' Trust, 1972 (reprinted in 1989 in association with BMJ).
17. Anderson C. Measuring what works in health care. *Science* 1994;263:1080-2.
18. Williamson JW, German PS, Weiss R, Skimmer EA, Bowes F. Health science information management and continuing education of physicians. *Ann Int Med* 1989;100:151-60.
19. The Cochrane Database of Systematic Reviews (updated 03 June 1996). Available in the Cochrane Library (database on disk and CD). The Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update software; 1996. Updated quarterly. Available from: BMJ Publishing group, London.
20. Smith R. Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence [Editorial]. *BMJ* 1991;303:798-9.