

Canelo Aybar, Carlos Gilberto; Alarcon Santos, Javier Edmundo; Amao Ruiz, Elvis Junior;

Beteta Vejarano, Vladimiro Sendic; Monge Salgado, Eduardo

Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos

asistentes y residentes en dos hospitales de Lima-Perú.

Revista Médica Herediana, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 76-84

Universidad Peruana Cayetano Heredia

San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338038882004>

# Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes y residentes en dos hospitales de Lima-Perú.

Differences in attitudes, knowledge and practice of evidence based medicine exist between internal physicians and residents.

Canelo Aybar Carlos Gilberto<sup>1</sup>, Alarcon Santos Javier Edmundo<sup>2</sup>, Amao Ruiz Elvis Junior<sup>3</sup>, Beteta Vejarano Vladimiro Sendic<sup>4</sup>, Monge Salgado Eduardo<sup>5</sup>.

## RESUMEN

La incorporación de la Medicina Basada en Evidencias en países en vías de desarrollo plantea dificultades particulares. Suficiente información de cómo se realiza en el Perú no existe. **Objetivo:** Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la MBE en médicos asistentes y residentes, así como determinar las barreras que perciben para la inserción de esta en nuestro país. **Material y Métodos:** Diseño: analítico. Instrumento: cuestionario. Lugar: Hospital Arzobispo Loayza y Guillermo Almenara. Población: 104 médicos asistentes y residentes de medicina interna de ambos hospitales. Principales variables de estudio: actitud hacia la MBE, habilidad para acceder e interpretar la evidencia, barreras percibidas para la práctica de la MBE. **Resultados:** De los 104 médicos, 62 aceptaron contestar el cuestionario. De estos últimos, 31% asistentes y 19 % residentes definieron el concepto de MBE adecuadamente. 92 % asistentes y 89 % residentes tuvieron una opinión favorable hacia la MBE. El segundo paso en la práctica de MBE - búsqueda bibliográfica - fue el único adecuadamente realizado. La principal dificultad para la incorporación de la MBE fue su poca promoción - 37 % de los encuestados-. **Conclusiones:** Los médicos no tienen un adecuado concepto de la MBE, sin embargo, poseen una actitud favorable hacia esta; los médicos muestran un incompleto uso de MBE en su práctica clínica y la principal barrera identificada para la incorporación de la MBE fue la deficiente promoción de esta. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos, actitudes y prácticas de MBE entre médicos asistentes y residentes. (*Rev Med Hered* 2007;18:76-84).

**PALABRAS CLAVE:** Medicina basada en evidencias, actitudes, conocimientos, prácticas.

<sup>1</sup> Médico-Cirujano. Residente de segundo año de Medicina Interna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Médico-Cirujano. Residente de segundo año de Medicina Interna. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

<sup>3</sup> Médico-Cirujano. Serumista del Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec.

<sup>4</sup> Médico-Cirujano. Alumno de la Academia Diplomática del Perú. Lima, Perú.

<sup>5</sup> Médico Gastroenterólogo. Servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Profesor de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Profesor de Fisiología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

## SUMMARY

The incorporation of Medicine Based Evidence in developing countries implies new difficulties. Enough information about this process does not exist In Peru. **Objectives:** To describe and determine whether differences in attitudes, knowledge and practice of Evidence Based medicine exist between internal physicians and residents. **Material and methods:** Design: Analytical - questionnaire study. Setting: Arzobispo Loayza and Guillermo Almenara Hospitals from Lima-Perú. Population: A total of 104 composed by internal physicians and residents of internal medicine from these places. Main outcomes measures: Respondents' attitude towards evidence based medicine, ability to access and interpret evidence, perceived barriers to practicing evidence based medicine. **Results:** Of the population, 104 physicians were found and 62 answered the survey. From the respondents, 31 % of internal physicians and 19 % of residents defined the concept of EBM accurately. 92 % of physicians and 89 % of residents mainly have a good general opinion of Evidence based medicine. The second step involved in the practice of EBM- information searching- is the only accurately followed. The main difficulty in the incorporation of EBM was the lack of EBM promotion -37 % of respondents-. **Conclusions:** Physicians do not have enough knowledge of EBM definition; however, they have good attitudes towards it; physicians show an incomplete use of EBM in their clinical practice, the main barriers in the incorporation of MBE that physicians identified were the lack of EBM promotion and a inadequate logistic; differences statistically significative between physicians and resident were not found. (*Rev Med Hered 2007;18:76-84*).

KEY WORDS: Evidence based medicine, attitudes, knowledge, barriers.

## INTRODUCCIÓN

La Medicina Basada en Evidencias (MBE) es un importante movimiento dentro de la medicina y los servicios de salud, con un considerable éxito en los últimos 30 años (1), evidenciable en el aumento exponencial del término "MBE" en Medline, partiendo de una citación en 1992, a 22 878 en el 2006.

El origen de este movimiento es atribuido a la serie de artículos escritos en 1972 por Archie Cochrane titulados *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. En estas publicaciones Cochrane arguyó que una gran parte de la práctica médica se basaba en intervenciones de dudosa o desconocida seguridad y eficacia, sosteniendo que esta debería ser evaluada sistemáticamente a través de métodos libres de sesgos como los ensayos clínicos randomizados (1).

El movimiento Medicina Basada en Evidencias tuvo su origen oficial en 1992 y fue definida como "el uso conciencioso y juicioso de la mejor evidencia disponible derivada de la investigación clínica en el manejo de los pacientes individuales" (2,3,4). Abarcando su práctica 5 etapas: a) Formulación clara de un problema clínico, b) Revisión de la literatura para hallar los artículos más relevantes, c) Evaluar críticamente la evidencia identificada, d) Aplicación de los hallazgos en la práctica clínica y e) Evaluación de los resultados (2). Sus propulsores sostuvieron inicialmente que el cambio que la MBE operaría en la profesión médica sería lo suficientemente profundo como para considerarlo un nuevo paradigma (2), sin embargo diversos autores han criticado esta afirmación debido a que esta sobrevalora

solo un aspecto del conocimiento, los derivados de la investigación clínica, ignorando las relaciones entre las diversas formas de conocimiento medico (1,5,6).

Aun cuando existe un gran entusiasmo por la MBE en centros clínicos y académicos de los países desarrollados, su incorporación en países en vías de desarrollo, con una capacidad económica y tecnológica menor, ha añadido nuevas dificultades a su práctica (7-10). Así, la inserción de esta herramienta en estos países se ha dado mayormente por iniciativas individuales o de grupo que comienzan a usarla de manera informal, sin una institución formal que haya tomado a su cargo la difusión y capacitación en la misma (8). Se ha postulado que el uso de la MBE en estos países ayudaría a reducir los costos derivados de intervenciones innecesarias, ayudaría a los médicos a defenderse del cúmulo de propaganda farmacéutica derivada de una regulación gubernamental muy permisiva de estas empresas, y tendría un rol fundamental en países donde las actividades académicas son subvencionadas fundamentalmente por dichas empresas (10). Sin embargo la implementación de la MBE no esta exenta de limitaciones, entre las que se señalan: a) la capacitación en estadística que debe recibir el medico para la interpretación adecuada de la literatura; b) la dificultad para acceder a dicha literatura y en especial la falta de un acceso rápido a base de datos desde los hospitales; c) la ausencia de suficientes estudios en áreas como pediatría o la atención primaria de salud; d) la dificultad para extrapolar los resultados de ensayos clínicos realizados a poblaciones diferentes y muchas veces seleccionada con parámetros rígidos y; e) la dificultad para determinar que constituye conocimiento

valido con una sobre valoración de los derivados de ensayos clínicos y meta análisis (11-13).

Si bien se han escrito varios artículos en los que se describen las percepciones, conocimientos y dificultades respecto a la práctica de la MBE en países desarrollados (14-20), no existe suficiente información acerca de su incorporación en países en vías de desarrollo como el Perú.

Por lo expuesto anteriormente, el objetivo del estudio fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la MBE en médicos asistentes y residentes, así como determinar las barreras que perciben para la inserción de esta en nuestro país.

## MATERIAL Y METODOS

Estudio transversal realizado de junio a julio del 2002 en los servicios de Medicina Interna de los Hospitales Guillermo Almenara Yrigoyen (EsSalud) y Arzobispo Loayza (MINSA). Se invitó a participar en el estudio a todos los médicos internistas y residentes de medicina interna que se encontraban laborando en dichos servicios durante el periodo mencionado. Se incluyeron en total 69 médicos internistas y 35 médicos residentes y, se excluyeron aquellos que estuvieran de vacaciones, descanso médico o rotaciones externas.

### Instrumento

En base a trabajos previos (14,15), se diseñó un cuestionario estructurado el cual fue entregado a cada participante, otorgándoles un plazo máximo de dos días

para desarrollarlo, dicho instrumento incluía un encabezado donde se resaltaba la importancia del estudio

El cuestionario incluía las siguientes partes:

1. Preguntas relacionadas al género, condición laboral, año en que finalizó la residencia, hospital de procedencia, y actividad docente.
2. Preguntas cerradas de opción múltiple que abarcaron aspectos como: actitud hacia la MBE, frecuencia con la que elabora "problemas clínicos", fuente de consulta ante una incertidumbre, frecuencia de uso de Internet, bases de datos consultadas, porcentaje de su práctica clínica que considera basada en la MBE, calidad del servicio de Internet del hospital de procedencia, acceso a revistas actualizadas en las bibliotecas de sus hospitales, organismo que debería promover la MBE en el país y si ha recibido capacitación en MBE o búsqueda en Internet.
3. Preguntas abiertas tales como: describa lo que entiende por MBE, consigne las revistas médicas que utiliza con mayor frecuencia, defina los términos estadísticos presentados (riesgo relativo, sensibilidad, valor predictivo, niveles de evidencia), que barreras percibe para la inserción de la MBE en el país.

Se optó por realizar preguntas abiertas en relación al concepto de MBE y términos estadísticos debido a que un estudio previo (21) encontró que los participantes sobreestimaban su conocimiento al responder preguntas respecto a cuán familiarizados están con un término. Consideramos las respuestas como "adecuadas" si incluían ciertos puntos fundamentales en su definición (Tabla N° 1).

**Tabla 1. Criterios mínimos para definición adecuada de un término.**

Termino	No de criterios necesarios	Criterios considerados como esenciales
Definición De MBE	2	Uso concienzudo de la mejor evidencia Información derivada de la investigación clínica Útil para el manejo individual del paciente
Riesgo Relativo	1	Incidencia de expuestos entre incidencia de no expuestos Es una razón que relaciona la incidencia en los grupos de población que difieren por el grado de exposición a un factor determinado Valor estadístico que estima la magnitud de la asociación entre un factor de riesgo determinado y el desarrollo de la enfermedad
Sensibilidad	1	Sí escribían la siguiente fórmula: $a/(a+c)$ Proporción de las personas con la enfermedad que salen positivas a la prueba en mención Probabilidad de cualquier caso de ser identificado por la prueba en mención
Valor Predictivo Positivo	1	Si redactaban la siguiente fórmula: $a/(a+b)$ Probabilidad que una persona que sale positivo a la prueba sea verdadero positiva
Niveles De Evidencia	1	Escala diseñada para indicar el grado en que un determinado estudio ha eliminado Sesgos Escala que coloca los trabajos en orden de validez de la evidencia que manejan

**Análisis estadístico**

Las encuestas una vez desarrolladas fueron recogidas, codificadas y los datos ingresados dentro del paquete estadístico SPSS versión 9.0.

Los resultados fueron presentados según su frecuencia, media o porcentaje y las comparaciones entre los grupos se realizó a través de la prueba Chi-cuadrado o test de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo una diferencia con un valor  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS**

De los 104 médicos, 69 internistas y 35 residentes que conformaban nuestra población, aceptaron participar 36 y 26 médicos respectivamente con una tasa de respuesta del 52% y 74% ( $p < 0.01$ ) por grupo. Los que participaron en el estudio la mayor parte fueron hombres 47 (76%), y provenían del hospital Almenara 47 (76%). Se observó en el grupo de asistentes una mayor proporción de médicos dedicados a la docencia 23 (64%) versus 2 (8%) entre los residentes, asimismo un mayor numero de asistentes refirieron haber recibido alguna capacitación en búsqueda de información en Internet o en MBE en comparación a los residentes (Tabla N°2).

La gran mayoría de los médicos de ambos grupos refirieron estar de acuerdo con la promoción de la MBE 33 (92%) asistentes y 23 (89%) residentes. Se observó

que los enunciados que resaltaban aspectos positivos de la MBE como "mejora la calidad del cuidado de los pacientes" o "permite la actualización del clínico" tuvieron una aceptación superior al 80% en ambos grupos, en contraste con los enunciados no favorables a la MBE que obtuvieron en promedio menos del 14%. (Tabla N°3).

Con respecto al conocimiento de términos empleados en MBE, encontramos que 11 (31%) asistentes y 5 (19%) residentes definieron adecuadamente en que consiste la MBE. En relación a términos estadísticos "básicos" (riesgo relativo, niveles de evidencia, sensibilidad, valor predictivo positivo) observamos que 5 (14%) asistentes y 5 (19,2%) fueron capaces de definir al menos dos términos adecuadamente.

Alrededor del 70% de asistentes y residentes refirió elaborar no mas de 8 "problemas clínicos" por mes a partir del cual hacer una búsqueda bibliográfica. Con respecto a la fuente de consulta preferido para absolver una duda en la práctica médica, 16 (44%) asistentes y 18 (69%) residentes refirieron consultar a textos en tanto que 29 (81%) y 18 (69%) refirió consultar en Internet, en ultimo lugar refirieron consultar a colegas 7 (19%) y 6 (23%) respectivamente. En relación al uso de Internet con fines académicos la mayoría refirió usarla de 3 a 5 horas por semana mientras que solo 3 (8%) asistentes y 3 (12%) residentes manifestaron nunca hacer uso de esta (Tabla N° 4).

**Tabla N° 2. Características de los participantes en el estudio\*†**

Variable	Medico Internista n = 36	Residente M.Interna n = 26	Total n = 62
Hombres	27(75)	20(77)	47(76)
Docentes	23(64)	2(8)	25(40)
Graduación de residencia			
Antes de 1992‡	19(53)	--	--
Después de 1992	17(47)	--	--
Año de residencia			
Primero	--	11(42)	--
Segundo	--	6(23)	--
Tercero	--	9(35)	--
Hospital			
Loayza	13(36)	11(42)	24(39)
Almenara	23(64)	15(58)	47(76)
Ha recibido capacitación en			
Búsqueda en internet	10(28)	3(12)	13(21)
MBE	19(53)	2(8)	21(34)

\*Los valores representan numero (porcentaje).

†No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para un  $p < 0.05$ , usando la prueba chi cuadrado.

‡ Año de la aparición formal de la MBE

**Tabla N° 3. Actitudes hacia la Medicina Basada en Evidencias. Número (porcentaje) de los que respondieron “de acuerdo/parcialmente de acuerdo”.\***

Enunciado†	Medico	Residente	Total
	Internista n = 36(100)	M.Interna n = 26(100)	n = 62(100)
Opinión a la promoción de la MBE.	33(92)	23(89)	56(90)
Propuesta foránea que no puede ser transferida a países de nuestra realidad.	4(11)	3(12)	7(11)
Denigra la experiencia clínica y la autonomía del médico.	1(3)	1(4)	2(3)
Conduce al rechazo de lo que no se basa en investigaciones randomizadas.	4(11)	5(19)	9(15)
Sólo trata de reducir los costos.	5(14)	4(15)	9(15)
Solo un nuevo “slogan” para la práctica médica.	5(14)	1(4)	6(10)
Permite la actualización del clínico.	31(86)	22(85)	53(85)
Mejora la calidad del cuidado de los pacientes.	29(81)	21(81)	50(81)
Es un puente entre la investigación y la práctica clínica.	34(94)	21 (81)	55(89)
Es un movimiento que ha transformado la práctica clínica.	24(67)	18(69)	42(68)
Útil en países en desarrollo ya que evita tratamientos y procedimientos poco útiles.	26(72)	20(77)	46(74)

\*Las alternativas incluían: de acuerdo, parcialmente de acuerdo, neutral, parcialmente en desacuerdo, en desacuerdo.

†No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En promedio la mayoría de asistentes y residentes manifestaron sentir que entre el 20 y 80 % de su práctica clínica esta basada en MBE - 80% de asistentes, 77% de residentes-, se observó que la percepción de los médicos residentes estuvo mas inclinada al rango inferior en comparación con los asistentes (Tabla N° 4).

Las revistas especializadas mas consultadas fueron The New England Journal - 26 (72%) asistentes, 21 (80%) residentes - y The Lancet -11 (30%) asistentes, 14 (53%) residentes- las revistas en español (Revista Médica Española, Revista Médica Cubana, Diagnóstico) fueron mencionadas como fuente de consulta solo por 8 (22%) asistentes y 3(11%) residentes, la única revista peruana incluida fue Diagnóstico, referida por 2 médicos asistentes (Tabla N° 5).La base de datos más usada para buscar información relevante fue Pubmed - 27 (75%) asistentes, 17 (65%) residentes - seguida por UptoDate y MdConsult ambos con 19 (53%) asistentes y 17 (65%) residentes como usuarios, la base de datos Cochrane fue la menos frecuentada (Tabla N° 6).

Las principales barreras percibidas para la inserción

de la MBE en el país fueron: falta de difusión - 10 (27%) asistentes, 13 (50%) residentes - y la inadecuada logística - 14 (38%) asistentes, 8 (30%) residentes - esta última incluye una inadecuada infraestructura, dificultad para el acceso a servicios de Internet y escasa de suscripción a revistas, y en tercer lugar la falta de financiamiento. De forma mayoritaria se señaló que el organismo encargado de la promoción de la MBE deberían ser las universidades-33(91%) asistentes, 23(88%) residentes-(Tabla N° 7).

Con respecto a los servicios ofrecidos en los hospitales se reagrupó a los médicos según el hospital de procedencia así se encontró que 9 (24%) de los médicos del Hospital Almenara y 5 (21%) del Hospital Loayza consideró que sus respectivas bibliotecas contaban con revistas actualizadas, 17 (45%) del Hospital Almenara considera que la calidad del servicio de Internet de su hospital era buena comparado con solo 1 (4%) del Hospital Loayza, en este ultimo 11 (46%) médicos desconocen que pueden acceder en su hospital a dicho servicio.

No se encontraron diferencias estadísticamente

**Tabla N° 4. Elaboración de “problemas clínicos”, fuentes de consulta, frecuencia de uso de internet, porcentaje de práctica basada en MBE\*†**

Variable	Medico internista	Residente M.interna	Total
	n = 36	n = 26	n = 62
Elaboración de “problemas clínicos” al mes			
< 5 veces	13(37)	10(39)	23(37)
5-8 veces	12(34)	9(35)	21(34)
9-12 veces	7(20)	5(19)	12(19)
13-16 veces	1(3)	2(8)	3(5)
> de 16 veces	2(5)	--	2(3)
Fuente de consulta ‡			
Colegas	7(19)	6(23)	13(21)
Textos	16(44)	18(69)	34(55)
Internet	29(81)	18(69)	47(76)
Revistas médicas	13(36)	7(27)	20(32)
Uso de Internet por semana			
> de 8 horas	3(8)	4(15)	7(11)
6-8 horas	4(11)	7(27)	11(18)
3-5 horas	17(47)	9(35)	26(42)
< de 3 horas	9(25)	3(12)	12(19)
No uso	3(8)	3(12)	6(10)
Porcentaje de práctica basada en MBE			
0-20%	3(8)	5(19)	8(13)
21-40%	8(22)	11(42)	19(31)
41-60%	12(33)	6(23)	18(29)
61-80%	9(25)	3(12)	12(19)
81-100%	4(11)	1(4)	5(8)

\*Los valores representan numero (porcentaje).

† No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

‡ Se permitió marcar más de una alternativa.

significativas en las actitudes, conocimientos y prácticas de la MBE entre los médicos asistentes y residentes de Medicina Interna en el presente estudio.

## DISCUSIÓN

En promedio la tasa de respuesta que obtuvimos fue del 62% cifra cercana a la de otros estudios (14,17-20,22,23), esta fue superior entre los médicos residentes debido probablemente a un mayor entusiasmo y difusión de la MBE en este grupo.

El movimiento de la MBE ha tenido gran aceptación en otros países, se ha reportado que un 70% de médicos está de acuerdo con su promoción en Inglaterra (14) y Australia (17,19) llegando a un 90% de aceptación en Arabia Saudi (23) y Canadá (24), en nuestro estudio hemos encontrado que alrededor del 90% de médicos en ambos grupos refirieron estar de acuerdo con la promoción de la MBE, y un 80 % piensa que ayudaría a mejorar el cuidado de los pacientes. Sin embargo a pesar de la alta tasa de aceptación solo el 25% pudo

definir adecuadamente el concepto de este movimiento lo que podría indicar un acercamiento al tema no sistematizado.

La mayoría de médicos prefiere consultar libros de texto, Internet o revistas medicas antes que a un colega, hallazgo positivo y que difiere de otros trabajos en los que “consultar a otro colega” ocupa los primeros lugares(20,21), sin embargo se ha documentado que los médicos tienden a subreportar la frecuencia con que consultan a otro médico (20). La preferencia por libros de textos es similar a otros estudios a pesar de no ser considerada una fuente sólida de recomendaciones basadas en la evidencia (20), y que tiende a no integrar detalles como criterios de inclusión o la estrategia de búsqueda utilizada .Las revistas médicas mas consultadas son mayoritariamente de idioma inglés, lo que nos sugiere una poca difusión y confianza en la investigación latinoamericana; resulta llamativo que solo dos médicos mencionaran leer alguna revista peruana. Alrededor de la mitad de los encuestados hacen uso del Internet de 3 a 5 horas por semana; Al-amaie (22) en Arabia Saudi

**Tabla N° 5. Revistas médicas consultadas con mayor frecuencia\*†**

Revista	Medico internista	Residente M.interna	Total
	n = 36	n = 26	n = 62
The New England Journal	26(72)	21(80)	47(76)
The Lancet	11(30)	14(53)	25(40)
The Journal of the American Medical Association	10(27)	10(38)	20 (32)
Annals of Internal Medicine	9(25)	9(34)	18(29)
British Medical Journal	5(13)	3(11)	8(13)
Revistas en español ‡	8(22)	3(11)	11(18)
Otras §	26(72)	20(76)	46 (74)

\* Los valores expresan numero (porcentaje).

† No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

‡Incluye: Revista Médica Española, Revista Medica Cubana, Diagnóstico.

§Todas aquellas revistas con un porcentaje < 10%.

reportó un uso de 2 a 3 veces por mes, y en Australia se ha reportado un uso mayor de 5 veces por semana (18), la base de datos mas consultada fue Pubmed y la menos utilizada Cochrane a pesar de ser esta última la mas recomendada y especializada en relación a la MBE, este patrón se repite en otros estudios (14,20,23). Se ha sugerido que esto estaría relacionado con el número limitado de temas que aborda Cochrane o con la poca familiaridad de los médicos con términos como "revisión

sistemática" o "meta-análisis" (20).

En cuanto al acceso a internet en el trabajo se han reportado cifras del 50% en Canadá (24), hasta solo 1,9% en Arabia Saudi (22). En nuestro país, si bien cada sala en ambos hospitales tiene conexión a Internet, la mayoría piensa que la calidad del servicio no es buena, a lo que se suma el problema del acceso al mismo ya que las computadoras se encuentran generalmente en

**Tabla N° 6. Base de datos usadas en la práctica clínica. Numero (porcentaje) de los que respondieron "lo leo/lo uso para ayudarme en mis decisiones".\*†**

Base de Datos ‡	Medico internista	Residente M.interna	Total
	n = 36	n = 26	N = 62
Ovid	15(41)	8(30)	23(37)
Pubmed	27(75)	17(65)	44(71)
Cochrane	9(25)	4(15)	13(21)
UptoDate	19(53)	17(65)	36(58)
MdConsult	19(53)	17(65)	36(58)
Lilacs	11(31)	11(42)	22(35)

\*Las alternativas incluían: no lo conozco, lo conozco pero no lo uso, lo leo, lo uso para ayudarme en mis decisiones clínicas.

† No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

‡ Se permitió marcar más de una alternativa.

**Tabla Nº 7. Barreras Para La Inserción En El País, Organismo Promotor De La MBE \*†**

Variable	Medico internista	Residente M.interna	Total
	n = 36	n = 26	n = 62
<b>Barreras ‡</b>			
Falta De Motivación	3(8)	0(0)	3 (5)
Falta De Financiamiento	9(25)	7(26)	16(26)
Capacitación inadecuada	8(22)	1(4)	9(15)
Inadecuada Logística §	14(38)	8(30)	22(36)
Falta De Difusión	10(27)	13(50)	23(37)
Falta De Tiempo	3(8)	1(4)	4(6)
Actitudes Personales <sup>¶</sup>	3(8)	5(19)	8(13)
<b>Que organismo debería promover la MBE  </b>			
Laboratorios	8(22)	2(7)	10(16)
Colegio Medico	8(22)	3(12)	11(18)
Ministerio de Salud	15(41)	6(23)	21(34)
Hospitales	18(50)	7(27)	25(40)
Universidades	33(91)	23(88)	56(90)

\* Los valores expresan numero (porcentaje).

† No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

‡ Se realizó una pregunta abierta cuyas respuestas fueron reagrupadas de acuerdo a su similitud.

§ Incluye: inadecuada infraestructura, dificultad para el acceso a servicios de internet, escasa de suscripción a revistas.

¶ Incluye : Confían solo en su experiencia, son fácilmente influenciables por los laboratorios

|| Se les permitió marcar mas de una respuesta

la Jefatura de los Servicios.

La interpretación de la evidencia es un punto central en la práctica de la MBE y la falta de capacitación en estadística puede impedir que los médicos lleguen a conclusiones correctas de la literatura (2), diversos trabajos han utilizado metodologías diferentes para evaluar este punto encontrando resultados que van del 10% al 60% de conocimiento de términos estadísticos (14,17,20,21,23). Nosotros preferimos pedir a los participantes que redacten lo que entienden de cuatro términos básicos en MBE encontrando que solo 17% fue capaz de definir al menos dos de estos, lo cual evidencia la poca capacitación en estadística y MBE que existe en el país, dificultando así el apropiado uso de esta herramienta.

La mayor parte considera que el 20 al 60% de su práctica médica esta basada en la evidencia, en los diferentes estudios con similar metodología la cifra se sitúa entre el 50 al 70% (14,20,23). En el Perú, Carreazo (25) analizando las intervenciones realizadas en 169 casos del Hospital del Niño, encontró que el 94% de estas eran basada en la evidencia usando la escala de Ellis (26), sin embargo cuando usó la escala de Oxford(27), halló que mas del 70% estaban basadas en ciencias básicas u opinión de expertos (grado de

recomendación D) , lo que justifica en parte por la falta de ensayos clínicos en pediatría.

Las principales barreras percibidas por los médicos para la aplicación de la MBE en nuestro país fueron la falta de difusión de la MBE y la inadecuada logística (infraestructura, servicio de Internet, etc), lo que es similar a lo hallado en Arabia Saudí(22) ; mientras que la falta de tiempo y la falta de motivación fueron los principales problemas percibidos por los médicos de los países del primer mundo (14,19); lo que estaría en relación con el hecho de que este movimiento se encontraría en proceso de inserción en países menos desarrollados para lo que una mayor promoción, capacitación y asignación de recursos serían necesarios.

Por otro lado, en países del primer mundo, donde ya se ha realizado este proceso, las dificultades están relacionadas con la carencia de tiempo y factores propios de la práctica médica.

Es preciso señalar, que tanto médicos asistentes como residentes consideraron mayoritariamente que son las universidades quienes deberían promover la enseñanza de la MBE en nuestro país. Esto debido a que estas serían percibidas como las instituciones donde se deben

generar las discusiones y el juicio crítico de las nuevas ideas (9).

En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el uso de la MBE entre médicos asistentes y residentes. Los médicos no tienen un adecuado concepto de la MBE, sin embargo, poseen una actitud favorable hacia esta, además muestran un incompleto uso de MBE en su práctica clínica, y la principal barrera identificada para su incorporación fue la deficiente promoción de esta. Entre las limitaciones del estudio contamos que el numero de participantes fue menor al de otros trabajos y los que participaron probablemente hallan tenido mas interés en el tema que los que declinaron participar, por otro lado el estudio se realizó en hospitales de referencia con profesionales en actividad académica permanente en tanto la mayoría de los estudios analizaron la MBE en la atención primaria de salud.

#### Correspondencia:

Carlos Canelo Aybar  
Correo electrónico: Carlos\_c80@hotmail.com

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ashcroft R. Current epistemological problems in evidence based medicine. *J Med Ethics* 2004; 30: 131-135
2. Evidence based Medicine Working Group. Evidence based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268 (17): 2420-2425.
3. Sacket D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
4. Haynes, Brian, Sacket, David Transferring evidence from research into the practice: 1. the role of clinical care research evidence in clinical decision. *ACP J Club* 1996; 125 (3)A14 -16
5. Tonelli M. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* 1998; 73 (12) 1234-1240.
6. Tanenbaum S. Evidence and expertise: the challenge of the outcomes movement to medical professionalism. *Acad Med* 1999; 74 (7): 757-763.
7. Lowe M. Evidence based medicine - the view from Fiji. *Lancet* 2000; 356: 1105-1107.
8. Sánchez-Mendiola M. La medicina basada en evidencias en México ¿lujo o necesidad?. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2001; 46 (2): 97-103.
9. Huicho L. La medicina basada en evidencias como un nuevo paradigma de la enseñanza y la práctica de la medicina. *Anal Fac Med* 1997; 58 (2): 118-127.
10. Dans, Antonio; Dans, Leonila. The need and means for evidence based medicine in developing countries. *ACP J Club* 2000; 133 (1): A11-13.
11. Taylor D, Buterakos J. Evidence-based medicine: not as simple as it seems. *Acad Med* 1998; 73: 1221-1222.
12. Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients?. *Lancet* 1999; 353: 743-46.
13. Williams D, Garner J. The case against "the evidence": a different perspective on evidence-based medicine. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 8-12.
14. Mc coll A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perception of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 361- 368.
15. Tunis S, Hayward R, Wilson M, et al. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1994; 120: 956-963.
16. Freeman A, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 1-5.
17. Toulkidis V, Donnelly N, Ward J. Engaging Australian physicians in evidence-based medicine: a representative national survey. *Intern Med J* 2005; 35: 9-17.
18. Scott I, Heyworth R, Fairweather P. The use of evidence-based medicine in the practice of consultant physicians. Results of a questionnaire survey. *Aust N Z J Med* 2000; 30 (30): 319-326.
19. Young J, Ward J. Evidence-based medicine in general practice: belief and barriers among Australian GPs. *J Eval Clin Pract* 2001; 7 (2): 201-210.
20. Roberto O, Christian G, Peer W. Hospital doctors' self-rated skills in and use of evidence-based medicine - a questionnaire survey. *J Eval Clin Pract* 2004; 10 (2): 219-226.
21. Young M, Glasziou P, Ward J. General practitioner self rating of skill in evidence based medicine: validation study. *BMJ* 2002; 324: 950-951.
22. Al-Almaie S, Al-Baghli N. Barriers facing physicians practising evidence-based medicine in Saudi Arabia. *J Contin Educ Health Prof* 2004; 24: 163-170.
23. Al-Ansary L, Khoja T. The place of evidence-based medicine among primary health care physicians in Riyadh region, Saudi Arabia. *Fam Pract* 2002; 19 (5): 537-542.
24. Tracy C, Dantas G, Moineddin R, Upshur R. The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Fam Pract* 2003; 4: 13.
25. Carreazo N, Huicho L. Medicina basada en evidencias: estudio descriptivo de intervenciones terapéuticas en pediatría clínica. *Informatica 2004 Information & Communication Technologies In Healthcare Development 3º Virtual Congreso InInternet: March 1st to 30th, 2004.* URL : disponible en [www.informedica.org/2004](http://www.informedica.org/2004) (fecha de acceso 14 de octubre del 2005)
26. Ellis J, Mulligan J, Rowe J, Sackett D. Inpatient general medicine is evidence base. *Lancet* 1995; 346: 407-410.
27. Sacket D. Levels of evidence and grades of recommendations. *Oxford Centre for Evidence Based Medicine.* URL disponible en: <http://www.cebm.jr2.ox.ac.uk> (fecha de acceso: 09 de agosto del 2002).

Recibido: 30/05/06  
Aceptado para publicación: 15/02/07