

Medicina basada en evidencias

LAS RAICES DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Laín Entralgo ha establecido cuatro modos de ayudar “médicamente” al enfermo:

- a) el espontáneo, que sería aquel que se realiza como una ayuda sin mayor reflexión, de forma instintiva
- b) el rutinario, que apelaría a una determinada forma de hacer las cosas sólo porque tradicionalmente se ha hecho así
- c) el mágico, que recurriría a saberes ocultos sólo en manos de iniciados,
- d) el técnico, que supondría hacer las cosas racionalmente.

Cada vez más, la medicina clínica adopta la orientación técnica como la más adecuada para desarrollar mejor su función adaptándose a las circunstancias actuales. Es decir, hacer las cosas racionalmente es el gran objetivo de la clínica moderna.

Según Bunge “una acción es racional si es máximamente adecuada para lograr el objetivo determinado, y el objetivo y las vías de acción han sido decididas usando el mejor conocimiento disponible”. Ello implica, por tanto, hacer una evaluación crítica del conocimiento clínico existente, tanto diagnóstico como pronóstico o terapéutico.

La MBE considera el método científico como la mejor herramienta de que la que se dispone actualmente para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética. Ayuda a desarrollar una manera de razonar y un método que persigue transformar los datos clínicos en conocimiento científicamente válido, estadísticamente preciso y clínicamente relevante para la moderna práctica médica.

La MBE Definida ésta como el estudio de los efectos y determinantes de las decisiones clínicas tiene como objetivo que los médicos asistenciales, además de su experiencia y habilidades clínicas, La construcción de la evidencia comienza con la búsqueda y obtención de todos los estudios existentes sobre un tema concreto a partir de la literatura médica y de otras fuentes de información (para incluir también los estudios no publicados) que se sepan aplicar de manera adecuada los resultados de la investigación científica a la práctica médica, con la finalidad de mejorar su efectividad y su calidad.

Tomando como referencia

- Formulación de una pregunta clínica bien estructurada
- Búsqueda eficiente de la mejor evidencia disponible
- Valoración crítica de la calidad de la evidencia
- Análisis sistemático de los resultados de los estudios
- Aplicación de los hallazgos a la toma de decisiones de un paciente concreto.
- Aplicación individual de los principios básicos de la MBE.

Significado de los grados de recomendación (USPSTF)

Grado de recomendación Significado

- A. Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
- B. Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).
- C. Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
- D. Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).

Niveles de evidencia (SIGN)

Nivel de evidencia Tipo de estudio

- 1++ Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
- 1+ Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
- 1- Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
- 2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
- 2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
- 2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
- 3 Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
- 4 Opiniones de expertos.