



Claudina del Carmen Lamas Abbadie LME4067

Universidad Guadalajara LAMAR

Pre-interna de Hospital General de Occidente

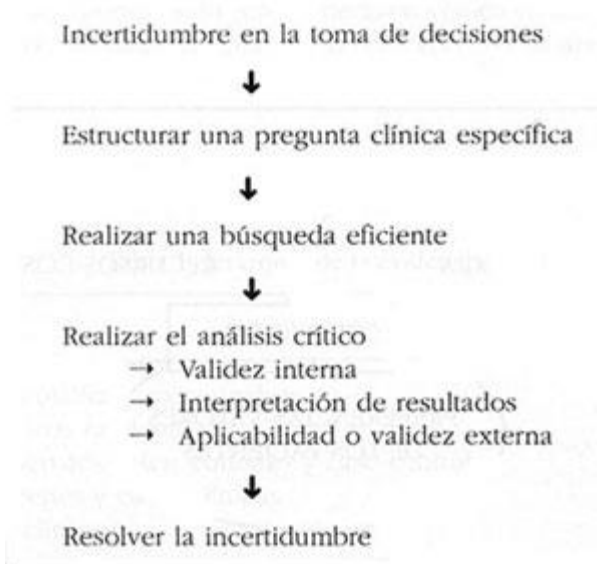
Medicina basada en evidencia

Tabla 1. Jerarquía de la evidencia

Jerarquía	Diseños	Sesgo
I	Revisión sistemática y meta análisis	+
I	Estudios clínicos randomizados	+
II	Estudios observacionales: cohortes y caso-control	++
III	Reporte de series y casos clínicos	+++
IV	Experiencia clínica	++++

¿Cómo practicar la MBE?

Practicar la MBE sólo tiene sentido en relación con una situación clínica que genere incertidumbre respecto a cuál es la mejor decisión clínica. Requiere de algunas habilidades, pero, en contra de lo que muchos piensan, no necesitamos ser expertos en bioestadística.



Proceso de la MBE.

La incertidumbre la estructuramos en una pregunta clínica específica de 4 componentes fundamentales que incluyen el paciente, la intervención o tratamiento a evaluar, con su respectiva comparación y el *outcome* o evento observado o resultado final. Por ejemplo ¿puedo retardar más el primer sangrado por várices

esofágicas (*outcome*) si ligo las várices (la intervención) que si uso propranolol (comparación) en mi paciente con cirrosis y várices esofágicas que no ha tenido sangrados (el paciente)? Para respondernos, buscamos la evidencia pertinente usando estrategias de búsqueda eficiente en las bases de datos apropiadas. Luego hacemos el análisis crítico de la evidencia encontrada, para lo cual debemos conocer los fundamentos de los criterios que evalúan la validez interna y aplicabilidad de un estudio y saber interpretar los resultados en términos clínicamente relevantes, más allá de su significación. El análisis crítico constituye un pilar fundamental de la MBE, pues no todo lo publicado tiene la misma calidad científica, pero no se restringe a ello. Finalmente cerramos el proceso decidiendo cómo influirá esta nueva evidencia en la resolución de la incertidumbre inicial.

La medicina basada en la evidencia (MBE) es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre los cuidados de pacientes individuales. Este término fue acuñado en los años 80 por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos canadienses de la Universidad de McMaster, que más tarde formarían el Evidence-Based Medicine Working Group y su difusión en la práctica clínica se produjo a partir de 1992 con la serie de artículos publicados en la revista JAMA. Su sistemática de trabajo ha ido progresivamente arraigando en la comunidad médica, y el resultado se ha consolidado como un nuevo paradigma o «estilo del saber médico acerca de los conocimientos necesarios para orientar la práctica clínica. La práctica médica tradicional, heredera de los paradigmas clásicos pero vigente todavía hoy en muchos ámbitos, se puede caracterizar por la creencia en que:

- a) Las observaciones derivadas de la experiencia clínica personal son una forma válida de generar, validar y transmitir los conocimientos acerca del pronóstico de las enfermedades, el rendimiento clínico de las pruebas diagnósticas y la eficacia o eficiencia de los tratamientos.
- b) Un buen conocimiento de la teoría fisiopatológica subyacente, una combinación de habilidad en el razonamiento y la especulación lógica, y una buena dosis de sentido común permiten interpretar adecuadamente los signos de la enfermedad y elegir el tratamiento más adecuado;
- c) Los conocimientos se actualizan adecuadamente mediante libros de texto y revistas con los tradicionales «artículos de revisión», en los que los expertos de más experiencia y prestigio nos seducen con sus opiniones juiciosas acerca de las soluciones a los problemas clínicos. Es por ello que se concede una enorme credibilidad al argumento de autoridad, y los apartados «introducción» y «discusión» de los trabajos de investigación original centran los debates y marcan las pautas de actuación para una «buena praxis».

Origen de la medicina basada en evidencia

En muchos sentidos, la práctica de la llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE) está relacionada con todos estos conceptos, algo que quizás no salta a la vista y que por tanto pocos destacan. Se desarrolla desde finales de los 80 y sobre todo en la década de los 90 y se deriva como un subproducto de la Epidemiología Clínica (EC), que se había desarrollado en la década anterior.

Alvan R Feinstein, padre de La EC entrega la siguiente definición de esta disciplina:

[...] la que representa la manera en la que la epidemiología clásica, tradicionalmente orientada hacia las estrategias en la salud pública de grupos comunitarios, se amplía para incluir las decisiones clínicas. En cuanto a métodos de investigación, la EC se ocupa de los procedimientos y standards necesarios para estudios científicamente rigurosos de los fenómenos clínicos complejos que ocurren en las personas.

En la década de los 80 se publican también varios libros de texto dedicados a la Epidemiología Clínica. Uno de los libros principales y más conocidos sobre esta disciplina tiene como autor a *David L Sackett*, quien sería luego uno de los fundadores de la MBE.

Además del ensayo clínico, diseño paradigmático de la investigación clínica para evaluar eficacia terapéutica, entre los principales métodos de la EC se encuentran también los que permiten evaluar la utilidad de medios diagnósticos y los que permiten probar hipótesis sobre potenciales factores pronóstico.

El desarrollo de la EC vino aparejado con la apertura de centros para su enseñanza en los países desarrollados; muchos médicos interesados en la nueva disciplina tuvieron la oportunidad de aprender a investigar en el mismo medio de la clínica y entender la aplicación del método científico para obtener conclusiones no cuestionables. Aprendieron también a distinguir la literatura con resultados confiables de la poco confiable obtenida con métodos poco rigurosos.

Pero, en algún momento se hizo patente que, si bien los métodos de investigación en epidemiología habían migrado a la clínica, muchos resultados de la investigación se comenzaron a publicar en revistas importantes y las revistas comenzaron a

solicitar artículos que se basaban en estudios realizados con el rigor que imponían los nuevos tiempos, la práctica de la medicina se mantenía atrasada.

En este contexto, *Guyatt, Sackett* y otros fundaron en la Universidad de McMaster en Ontario, Canadá, un grupo que tenía el objetivo de impulsar el desarrollo de lo que llamaron MBE. Sus motivos eran, o parecían bien razonables: si cada vez más, a través de la aplicación de los métodos de la EC surgían medios diagnósticos, procedimientos terapéuticos o conocimiento sobre determinados factores pronóstico que de alguna manera sugerían cambios en la conducta con el paciente, ¿por qué en la práctica médica se avanzaba poco en el empleo de tales métodos?, ¿por qué se continuaban indicando terapéuticas o medios diagnósticos menos eficaces? La respuesta la dieron varios estudios publicados en la época. Una encuesta realizada a un grupo de médicos generales en los EE. UU. encuentra que la mayoría de los médicos participantes leía menos de una hora a la semana sobre sus pacientes.⁶ En 1991 otro estudio revela que el conocimiento de los médicos sobre la mejor forma de atención a pacientes con hipertensión arterial (HTA) disminuye con el tiempo de graduados, lo que llamaron la "pendiente resbaladiza".

Estos y otros elementos los condujeron a proponer un nuevo enfoque para la práctica de la medicina y le llamaron MBE. ¿En qué consistía este nuevo enfoque? La primera y quizás más certera respuesta la dan *Rosenberg y Donald* en 1995 cuando afirman que:

La MBE es un proceso que transforma los problemas clínicos en preguntas y después, de forma sistemática, localiza, recupera y utiliza los hallazgos de investigación más actuales como base para la toma de decisiones en la clínica.

Bibliografías:

Revista chilena: Rev. méd. Chile v.131 n.8 Santiago ago. 2003 Rev Méd Chile 2003; 131: 939-946 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016