



23 DE ENERO DE 2017

ACTIVIDAD PRELIMINAR

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS: HISTORIA Y DEFINICIÓN

ALEJANDRO MUÑOZ GUILLÉN

UNIVERSIDAD LAMAR

Medicina Basada en Evidencias

INTRODUCCIÓN

Los médicos nos enfrentamos constantemente a situaciones de incertidumbre en nuestro ejercicio profesional. Sabemos que existe un cierto grado de variabilidad de la práctica clínica, tanto en nuestro entorno cercano como en los ámbitos nacional e internacional. Los avances tecnológicos se han incorporado a nuestra práctica habitual por mecanismos no siempre rigurosos, con influencia de factores económicos, sociales y culturales.

En la actualidad existen alrededor de 25.000 revistas médicas y se publican más de 2.000.000 de artículos por año, unos 2000/día. Por lo que se calcula que un médico para poder leer todo lo que se publica en un año sobre su especialidad necesitaría 19 horas diarias durante los 365 días del año. Asumiendo que muchas innovaciones y tratamientos adoptados son beneficiosos para la salud de nuestros pacientes, podemos intuir que algunos no aportan mayor beneficio e incluso pueden resultar perjudiciales. Pero, ¿cómo distinguir unos de otros?

Un estudio sociológico de la profesión médica describió que los médicos:

- Creen en lo que hacen.
- Prefieren actuar, aunque su intervención tenga pocas posibilidades de éxito, frente a mantenerse a la expectativa.
- Vislumbran relaciones causa/efecto, aunque éstas en realidad no existan.
- Se apoyan más en juicios personales que en la evidencia empírica.
- Cuando las cosas van mal, suelen achacarlo a la mala suerte

Para evitar este conflicto nace una nueva estrategia de práctica y enseñanza, conocida como "Medicina Basada en la Evidencia" (MBE), término acuñado en 1980 en la Mc Master Medical School of Canada, que permite al médico hacer uso de la mejor información aportada por la investigación clínica.

La MBE intenta construir un puente que ayude a los médicos a cruzar dicho abismo y encontrar la información más adecuada y segura para proveer el más óptimo cuidado en la salud de los individuos. De esta manera la MBE desea ponerle fin al progresivo deterioro del desempeño clínico y que éste no caiga en la rutina.

HISTORIA

En 1753 Lind demostró el beneficio de comer naranjas y limones para curar el escorbuto, en un estudio clínico de 12 pacientes¹. La investigación clínica se desarrollaba lentamente, hasta dos siglos después en que apareció, en 1952, en el British Medical Journal, el primer ensayo clínico randomizado.

La expresión 'medicina basada en la evidencia' (MBE) fue utilizada por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el ACP Journal Club. En 1992 se constituyó el primer grupo de trabajo en MBE en Canadá. Desde entonces, hasta la fecha la producción científica en torno a la MBE ha sido muy prolífica.

DEFINICIÓN

"La MBE es una manera de abordar los problemas clínicos utilizando concienzuda, juiciosa y explícitamente las mejores pruebas disponibles resultantes de la investigación científica, en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud del individuo".

"El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes"

Destaca la importancia del examen de las evidencias procedentes de la investigación científica y resta importancia al papel de la intuición, de la experiencia clínica no sistemática y del razonamiento fisiopatológico como motivos suficientes para tomar decisiones clínicas.

Es una estrategia que implica que las decisiones que afectan al cuidado de los pacientes se tomen ponderando adecuada y explícitamente, toda la información válida y relevante disponible.

Esencialmente se apoya en cinco pilares:

1. Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible.
2. El interrogante clínico debe determinar el tipo de evidencia que debe buscarse.
3. Identificar la mejor evidencia implica usar razonamientos epidemiológicos y bioestadísticas.
4. Las conclusiones derivadas de la evidencia identificada y críticamente evaluada es útil puesta en acción durante la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud del individuo.
5. Su rendimiento o performance debe ser constantemente revisada.

Si bien en sus comienzos fue presentada como un cambio paradigmático, el uso de la MBE no es ciertamente nuevo. La medicina científica, por su naturaleza, implica teoría y práctica procedente de datos objetivos verificables y compartidos. Lo que ha cambiado en las últimas décadas transformando la MBE en una disciplina relativamente joven, es la fuente de la evidencia de la cual se destacan tres puntos:

1. Los pasos sistematizados para recopilarla.
2. Las herramientas disponibles para analizarla.
3. El contexto social en la cual es utilizada.

Ya que la MBE pretende integrar el 'saber', el 'saber aplicar' y el 'aplicar'. 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. Y se debe de llevar el siguiente proceso de integración de la evidencia científica.

- Identificación de lagunas de conocimiento en relación con decisiones clínicas.
- 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.

La consideración sistemática de la mejor evidencia disponible en cada circunstancia de decisión supone un trabajo de investigación aplicada considerable, que requiere conocimientos

metodológicos, manejo eficiente de las fuentes de información y recursos técnicos básicos. A menudo implica la necesidad de una colaboración multidisciplinaria entre médicos clínicos, epidemiólogos, estadísticos y documentalistas.

La propuesta actual de la MBE es usar la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas, sin desconocer la importancia de la experiencia. Este concepto de mejor evidencia implica necesariamente jerarquizar la evidencia. La MBE propone que las revisiones sistemáticas (RS) de estudios clínicos randomizados (ECR) y los ECR son el mayor nivel de evidencia, no los únicos, sólo los de mayor jerarquía; es decir, basaremos nuestra decisión clínica en una RS o ECR si los hubiese, de lo contrario nos basaremos en los niveles siguientes. La mayor jerarquía tiene relación inversa al posible sesgo de los distintos diseños de estudio (tabla 1). La MBE llama «validez interna» a la propiedad de los estudios que evalúa el riesgo de éstos de tener sesgo por su diseño. Muchos discrepan de esta jerarquía, sin embargo, varios autores han demostrado diferencias significativas entre los resultados de estudios con mayor o menor validez interna.

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	++++

+ = mínimo sesgo

++++ = máximo sesgo

Para los fanáticos de la MBE sólo la evidencia de alta jerarquía permitiría tomar decisiones adecuadas. Para sus detractores ello implicaba «deshumanizar» la medicina, la transformación de los clínicos en meros «aplicadores de recetas de cocina», destruyendo así la relación médico-paciente, el uso de la evidencia debe ser explícito y juicioso, vale decir que es importante cómo integramos la evidencia a nuestras decisiones.

CONCLUSIÓN

La MBE es un instrumento para la gestión del conocimiento clínico. Aporta un marco conceptual para la resolución de problemas clínicos y acerca los datos de la investigación clínica a la práctica médica. La metodología básica para la práctica de la MBE incluye la formulación de una pregunta clínica bien estructurada, la búsqueda eficiente de la mejor evidencia disponible, el análisis de los resultados de los estudios y su aplicación a un paciente concreto.

Aunque quedan interrogantes como: ¿cuánto de la MBE conocemos y practicamos los clínicos?, ¿qué tipo de evidencia usamos en nuestra toma de decisiones?, ¿cuánto demoramos en integrar la evidencia a nuestra toma de decisiones? o ¿cómo integramos la evidencia a la toma de decisiones?

BIBLIOGRAFIA

- Scielo.cl. (2017). [online] Available at: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n8/art16.pdf> [Accessed 24 Jan. 2017].
- Sld.cu. (2017). [online] Available at: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cardiologia/medicina_basada_en_la_evidencia.pdf [Accessed 24 Jan. 2017].
- Elsevier. (2017). Medicina basada en evidencias: concepto y aplicación. M. Vega-de Céniga y otros. Agiología. 2009.