

Medicina basada en la evidencia

Evidence-based medicine

Dr. Carlos M. Sarduy Ramos

La medicina basada en la evidencia (MBE) significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia externa a partir de la investigación sistemática.

¹Aboga por un ejercicio clínico integral en el cual, la evidencia externa es un apoyo indispensable y fundamental. La evidencia externa está constituida por la investigación clínica y básica que si es válida, importante y aplicable, es utilizada por el médico practicante en beneficio de su paciente. ² La mejor evidencia clínica disponible es la investigación clínica relevante, a menudo desde las ciencias básicas de la medicina, pero sobre todo, desde la investigación clínica centrada en el paciente hacia la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas, la potencia de los marcadores pronósticos y la eficacia y seguridad de los regímenes terapéuticos, incluidos los de rehabilitación y prevención. ³

De acuerdo con lo anterior, es necesario que el clínico sea capaz de seleccionar, dentro de la innumerable literatura existente, las mejores fuentes que le sirvan de apoyo para su praxis.

Una dificultad que con frecuencia encontramos en el proceso de avalar con evidencia nuestro accionar clínico, es el de la diversidad de estudios, publicaciones y la complejidad de la semántica epidemiológica, no siempre al alcance de todos los médicos. ^{2,3}

La solución a este problema está en los llamados niveles de evidencia, que en la práctica, son escalas que califican la evidencia disponible. Como toda escala, está

constituida por valores numéricos y alfanuméricos, cuya traducción semántica puede reducirse a buena, regular, mala, muy mala o algo parecido que nos proveen de una herramienta útil para referirnos semánticamente a la evidencia que apoya nuestra acción. Por ejemplo, en la escala de evidencia, los niveles se clasifican de 1 a 5, el nivel 1 corresponde a la mejor evidencia y el nivel 5 a la menos buena o la más mala (usted decide el término).

En los programas de actividades preventivas y en las guías de práctica clínica se ofrecen una serie de recomendaciones para la realización o no de determinadas intervenciones, estas recomendaciones se basan en una valoración crítica de la literatura científica. Existen diferentes tipos de diseños de estudios, pero todos no tienen el mismo poder para recomendar o no una determinada intervención. ^{1,3,4}

Clasificación de la evidencia científica según el diseño del estudio. ⁴

Niveles de evidencia:

Grado I: Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado, controlado y diseñado de forma apropiada.

Grado II-1: Evidencia obtenida a partir de ensayos clínicos no aleatorizados y bien diseñados.

Grado II-2: Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.

II-2a: Prospectivo

II-2b: Retrospectivo

Grado II-3: Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin grupo control.

Grado III: Opiniones basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos e informe de comité de expertos.

Según la relación entre la calidad de la evidencia y la fuerza para la recomendación de una determinada práctica es la siguiente. ⁴

Fuerza de recomendación

Nivel de evidencia

A : Existe adecuada evidencia científica para adoptar una práctica	I. II-1
B: Existe cierta evidencia científica para recomendar la práctica.	II-1, II-2
C: Hay insuficiente evidencia científica para recomendar o no.	III
D: Existe cierta evidencia científica para no recomendar la práctica.	II-1, II-2

E: Existe adecuada evidencia científica para no recomendar la práctica I. II-1

Actualmente, un alto porcentaje de las decisiones clínicas no tienen un buen fundamento científico.^{1,3,5} Como consecuencia de esto los pacientes pueden verse sometidos a procedimientos cuya utilidad es incierta e incluso perjudicial o por el contrario los enfermos pueden sufrir subestimación de los mismos. La MBE es una propuesta, que en este contexto, nos ayuda a distinguir lo eficaz de lo que no lo es y nos permite determinar con ayuda científica qué acciones comportan más beneficio clínico en comparación con sus daños e inconvenientes.⁶

La MBE implica un cambio en la formación tradicional del médico, requiere de esfuerzo y tiempo en busca de conocimiento actualizado y valoración científica apoyados en una infraestructura de tecnología de la información no siempre al alcance de todos.⁷

Finalmente diríamos que la MBE integra las mejores evidencias clínicas externas con la maestría clínica individual y las preferencias del paciente.^{3,5,6} El desarrollo de nuevas y mejores investigaciones clínicas será sin dudas la gran solución, sin olvidar que cuando un paciente acude en busca de ayuda, busca algo más que una respuesta científica a una cuestión médica. El tiempo y la práctica diaria dirán la última palabra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lam Díaz RM, Oliva Pérez M, Hernández Ramírez P, Milanés Roldán MT. Medicina basada en la evidencia. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2002;15(3):25-30.
- 2- Sackett DL, Straus SE, Richardson W, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. Madrid: Hancourt; 2000.
- 3- Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin. 2003;167:377-82.
- 4-. Mena M. Medicina basada en la evidencia. Disponible en: <http://www.fcmfajard.sld.cu> 2002 conferencia informática _magalys _mena.htm
- 5- Forrester JL, Miler SA. Evidence based decisions making in action part 1 finding the best clinical evidence. J Contemp Deot Pract. 2002;15:10-26.
- 6- Permohamed M. Best evidence and clinical decision making process. Postgrad Med J. 2002;78:311-8.

7- Klasser TP, Hartling L, Crunley L, Page J. Evidence for clinical decisions. *Pediatr Child Health*. 2002;7:5-8.

Recibido: 14 de enero de 2004.

Aceptado: 18 de enero de 2004.

Dr. Carlos M. Sarduy Ramos. mcarlos@shine.cmw.sld.cu