

Medicina basada en la evidencia

MC. JOEL MURILLO LLANES

“Si un hombre comienza con certeza, puede terminar con dudas; pero si comienza con dudas, puede terminar con certeza”.

SIR FRANCIS BACÓN

La medicina moderna del siglo XXI, no admite ningún otro tipo de medicina alternativa que no tenga fundamento científico. Los médicos que practicamos la medicina tradicional, empleamos tanto la idoneidad clínica individual como la mejor evidencia externa existente para llegar a un diagnóstico clínico exacto.

Si una medicina alternativa se fundamenta solo en la idoneidad clínica, sin tomar en cuenta las evidencias se estaría practicando una medicina empírica sin fundamentos científicos que respalden los hallazgos clínicos.

Tal como se define en la actualidad, “la medicina basada en la evidencia es el uso explícito y juicioso de la mejor evidencia existente en la toma de decisiones acerca de la atención de los pacientes individuales”.¹ Significa integrar la experiencia clínica individual, entendida como la habilidad y el juicio que se adquiere individualmente durante su entrenamiento y práctica clínicos, junto con la mejor evidencia clínica externa disponible proveniente de la investigación clínica cuantitativa para llegar a decisiones pertinentes a los problemas clínicos de un paciente individual.

Cuando nos referimos a la mejor evidencia clínica externa disponible, queremos decir investigaciones que tienen relevancia clínica provenientes frecuentemente de las ciencias básicas de la medicina, pero de manera especial de investigaciones clínicas centradas en pacientes que procuran determinar la precisión y sensibilidad de las pruebas diagnósticas, el poder de los marcadores pronósticos, la eficacia y seguridad de los regímenes terapéuticos, preventivos y de rehabilitación.

La evidencia clínica externa tanto puede invalidar pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados² como ser sustituidos por otros más poderosos, precisos, eficaces y seguros. Por consiguiente, para atender al paciente, el clínico utiliza su juicio personal para integrar las pistas diagnósticas con las situaciones individualizadas de un paciente determinado junto con los hallazgos relevantes de la investigación clínica.

El aumento de la experiencia se refleja especialmente en diagnósticos más eficaces y eficientes, y en la identificación más reflexiva y la integración humanista de las situaciones, derechos y preferencias de cada paciente al tomar decisiones clínicas sobre su cuidado.

Los estudios clínicos aleatorios controlados son en la actualidad considerados como el estándar de oro de la evidencia a ser aplicada a los problemas clínicos y permanecen como la mejor fuente de evidencia. Nuestras decisiones terapéuticas no deben basarse solamente en la autoridad o experiencia clínica, sino deben integrar nuestro juicio con la evidencia relevante.³

Las decisiones basadas solamente en la experiencia clínica individual y el consenso pueden resultar equivocados. La práctica apropiada de la medicina basada en la evidencia requiere la consideración de tres elementos: calidad de la evidencia disponible, valores y paciente. La Canadian Task Force on the Periodic Health Examination proporcionaron un sistema de clasificación para la calidad de la evidencia disponible: La evidencia de nivel I -la mayor calidad de evidencia indicativa de confianza para recomendar la implementación de una estrategia preventiva- requiere la presencia de al menos un ensayo aleatorio controlado (EAC) llevado a cabo adecuadamente que conteste la pregunta.

Los estudios buenos con metodologías que no están a la altura en algún aspecto, se clasifican como evidencia de nivel II. La ausencia de estudios apropiados o los buenos estudios con resultados contradictorios proporcionan una evidencia de nivel III.^{4,5}

En condiciones ideales este proceso debería ocurrir de manera asociada: el médico informa al paciente sobre la calidad y relevancia de la evidencia científica, mientras que el paciente aporta su contexto y valores.⁶

Por consiguiente en una medicina de primer nivel, el diagnóstico clínico debe ser confirmado con el diagnóstico de laboratorio clínico, inmunológico, histopatológico e imagenológico, las cuales son evidencias objetivas que respaldan el diagnóstico clínico y por consiguiente el tratamiento médico debe estar fundamentado en estudios científicos serios multicéntricos, comparativos y prospectivos, que sean tomados en cuenta para llegar a un consenso mundial o en la realización de meta-análisis.

Por lo tanto, no se recomienda la práctica de medicina basada en autoridad, consenso o tradición. En consecuencia, los comentarios de Sackett et al sobre la medicina basada en evidencia dicen: “los buenos médicos emplean tanto la idoneidad clínica individual como la mejor evidencia externa existente y ninguna de ellas sola es suficiente. Sin idoneidad clínica, la práctica corre el riesgo de ser tiranizada por la evidencia”.⁷

Bibliografía

1. Sackett DL, Scott RW, Rosenberg W, et al. How to practice and teach EBM. Evidence-Based Medicine. New York, NY:Churchill-Livingston; 1997.
 2. Echt DS, Liebson PR, Mitchell LB, et al. Mortality and morbidity in patients receiving ecain de, flecainide, or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. N Engl J Med 1991; 324:781.
 3. Kostis IB, Benedict C. Evidence-Based Medicine. Disease Management and Clinical Outcomes 2000;2:58-68.
 4. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Clinical preventive health care Ottawa: Minister of Supplies and Services, 1994;xxv-xxxvi.
 5. The Report of the OS Preventive Services Task Force. Guide to preventive services(2a ed.). Baltimore: Williams, 1996; xxxix-iv.
 6. Leopold N, Cooper I, Clancy C. Sustained partnership in primary care. IFamPract 1996;42:129-137.
 7. Sackett DL, Rosenberg WMM, Gray IAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 31:71-2.
-

Este artículo puede ser consultado en la página de internet www.hgculiacan.com