

Aporte de la medicina basada en la evidencia al ejercicio profesional

Contribution of evidence-based medicine to professional practice

Carlos Jorge Hidalgo Mesa¹

Ivonne Cepero Rodríguez¹

Mildrey Jiménez López¹

Mailyn Pozo Gómez¹

Yasmani Llera López²

¹Hospital Universitario Comandante “Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia. carloshm@infomed.sld.cu

RESUMEN

La medicina basada en la evidencia nace como paradigma a la práctica previa de la medicina que tenía como pilares el razonamiento fisiopatológico de la enfermedad y la experiencia del médico. Con el objetivo de actualizar los conocimientos de la medicina basada en la evidencia en relación con el método clínico, se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de 29 artículos relacionados con el tema. Se referenciaron 13 artículos de los últimos cinco años publicados en revistas de los grupos 1 y 2, empleando las bases de datos SciELO, Medline, Pubmed e Hinari y Google Académico. Se concluyó que la medicina basada en la evidencia parte de evaluar críticamente la literatura científica, de modo que se pueda extrapolar los resultados investigativos en la construcción del conocimiento, es decir, acortar la brecha entre la investigación y la práctica clínica.

Palabras clave: medicina basada en la evidencia; método clínico; ejercicio profesional.

ABSTRACT

Evidence-based medicine arose as a paradigm to the previous practice of medicine that had the pathophysiological reasoning of the disease and the doctor's experience as pillars. In order to update the knowledge of evidence-based medicine in relation to the clinical method, a descriptive bibliographic review of 29 articles related to the subject was carried out. 13 articles published in the last five years in journals of groups 1 and 2 were referenced, using SciELO, Medline, Pubmed, Hinari and Google Scholar databases. It was concluded that evidence-based medicine starts from critically evaluating scientific literature, so that research results can be reasoned in the construction of knowledge, that is, shortening the gap between research and clinical practice.

Keywords: evidence based medicine; clinical method; professional practice.

Recibido: 19/01/2018

Aprobado: 20/03/2018

Introducción

Hasta hace algunos años, el conocimiento aprendido durante las experiencias de la práctica clínica, las pruebas de ensayo y error y los lineamientos gubernamentales fueron los recursos utilizados para la toma de decisiones clínicas, lo cual redundaba en un proceso poco reflexivo que influía en la calidad de la atención de los pacientes.⁽¹⁾

En otros términos, significa una forma de practicar la medicina que resta importancia a la intuición y a la experiencia clínica sistemática como motivos suficientes para la toma de decisiones clínicas.⁽²⁾ Esto resalta la importancia de las evidencias procedentes de la investigación y tiene en cuenta las preferencias del paciente, las cuales tienen que ver con el principio ético de autonomía y la experiencia del profesional médico responsable de la atención de un paciente.

A partir de este elemento se puede considerar que la medicina basada en la evidencia (MBE) nace como un paradigma a la práctica previa de la medicina que tenía como pilares el razonamiento fisiopatológico de la enfermedad y la experiencia del médico. Asume que los médicos que tienen conocimiento y aplican la evidencia que provee la investigación en salud, brindan un mejor servicio a sus pacientes con óptimos resultados, comparado con aquellos médicos que basan sus decisiones en conocimientos fisiopatológicos y experiencia de la práctica clínica.⁽³⁾

La expresión *evidencebased medicine*, traducida como “medicina basada en la evidencia”, implica el uso consciente, explícito y juicioso del mejor conocimiento científico disponible y pertinente para la toma de decisiones sobre el cuidado de cada paciente concreto. El término fue acuñado por *Guyatt* y otros quienes desarrollaron su enfoque y características.⁽⁴⁾

Una aplicación correcta de este término requiere de la integración entre los conocimientos derivados de la investigación, experiencia y juicio clínico de los profesionales con las preferencias y valores del paciente. Inevitablemente, la propuesta de este enfoque trajo consigo un debate acerca de sus ventajas y desventajas, a grandes rasgos motivado por la evaluación realista de sus inconvenientes y riesgos.⁽⁴⁾

Por tal motivo, diferentes investigadores en todo el mundo han señalado la importancia de analizar de manera crítica la información publicada, con la finalidad de identificar las fuentes de errores y determinar la veracidad de sus datos para así mejorar la toma de decisiones sanitarias.⁽¹⁾ Esta forma de organizar la información médica tiene como principal supuesto partir de la mejor evidencia científica disponible. Además, establece una jerarquía de evidencias, donde la opinión de expertos está en la base y los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas en la cúspide, siendo la razón el mayor y menor riesgo de sesgo de tales diseños.⁽⁵⁾

Si se toma en consideración los elementos anteriormente expuestos, estos autores asumen el concepto de que la medicina basada en evidencias se define como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones acerca de la atención médica de los pacientes.⁽⁶⁾ Resulta inobjetable que la atención sanitaria basada en la evidencia debe centrarse en el paciente y apoyarse en la investigación de eficacia comparativa y de efectividad.

Otro concepto de un alto valor aparece recogido en el artículo publicado por *Mayorga Butrons* y otros⁽⁷⁾ quienes hacen referencia al profesor e investigador *Sackett*, de la Universidad de McMaster, en Canadá, el cual definió la medicina basada en evidencia como «el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones para el cuidado individual de los pacientes. La práctica de la MBE requiere la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia médica disponible obtenida de la investigación sistemática, y de los valores y circunstancias únicas de nuestro paciente». En otro momento del artículo señalan que la MBE requiere, sin duda, herramientas que faciliten la incorporación de todo el conocimiento científico que va surgiendo a la toma de decisiones clínicas en nuestros pacientes. El médico británico *A. Cochrane* fundó lo que sería la piedra angular de la MBE al proponer el desarrollo de una base de datos donde los estudios clínicos controlados fueran clasificados para ser consultados por los clínicos en cualquier momento.

Estos autores consideran que la MBE sustenta los criterios de la experiencia del conocimiento médico avalado en investigaciones científicas, estudio de series de pacientes que modifican los criterios diagnósticos, e incluso, las opciones terapéuticas a partir de la individualización de los pacientes y la aplicación del método clínico.

Por otro lado, se reconoce que la heterogeneidad en el tratamiento de los pacientes, aun entre especialistas de la misma institución y que han recibido entrenamientos similares, es muy grande. Esta situación deriva en una variabilidad muy amplia de criterios diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, así como el uso poco eficiente de recursos, y finalmente un impacto negativo en la calidad de la atención clínica.⁽⁷⁾ A partir de esta reflexión los autores del presente artículo consideran necesario el flujo de información y el intercambio de experiencias entre profesionales que trasciendan incluso el ámbito de instituciones académicas y asistenciales.

Las modificaciones del panorama de salud y los cuadros epidemiológicos que se producen en los países, con la notable influencia de los cambios del medio ambiente y la re-emergencia de enfermedades infecciosas hacen que la medicina basada en evidencias, sustentada en los avances de la comunicación científica, represente una herramienta al alcance de los servicios de salud en todo el mundo.

Por todo lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación es actualizar los conocimientos de la medicina basada en la evidencia en relación con el método clínico.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva relacionada con la medicina basada en la evidencia y su valor en la toma de decisiones de los médicos en el momento del ejercicio profesional. La unidad de análisis estuvo constituida por 29 artículos relacionados con el tema, de ellos fueron referenciados un total de 13 trabajos.

Se realizó la búsqueda en investigaciones relacionadas con el tema, se trabajó con publicaciones de los últimos cinco años en revistas de los grupos 1 y 2, las búsquedas se realizaron en las bases de datos SciELO, Medline, Pubmed e Hinari, igualmente se empleó Google Académico. Los descriptores empleados fueron: *evidence based medicine*.

Medicina basada en la evidencia

El profesor *Espinosa Brito* reseñaba: “Aprendí de mis maestros que la medicina se centraba en la atención, o mejor, en el cuidado de las personas”.⁽⁸⁾ En efecto, los maestros de la medicina han expresado durante décadas que existen enfermos y no enfermedades. Esto debe ser sustentado en la correcta aplicación del método clínico mediante una eficiente individualización del caso clínico, a partir de un exhaustivo interrogatorio y un minucioso examen físico los cuales permitan un adecuado registro de síntomas, signos y un acertado planteamiento diagnóstico.

La experiencia acumulada en este ejercicio científico conduce a enriquecer conocimiento sobre los cambios evolutivos de los procesos morbosos, esto condiciona la posibilidad de mostrar una evidencia científica como forma de entender y practicar el diagnóstico y tratamiento del paciente.

La toma de decisiones en la práctica clínica es un proceso intelectual muy complejo, con interminables opciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. La experiencia clínica lleva

un proceso de aprendizaje e integración del conocimiento que requiere tiempo y que se va perfeccionando progresivamente hasta obtener las habilidades necesarias para un mejor cuidado de los pacientes.⁽⁷⁾

Existe un consenso internacional acerca de cómo evaluar los beneficios de las nuevas tecnologías en salud en función de criterios como el de seguridad, eficacia, eficiencia, costo-eficiencia y equidad, todos estos son criterios que se resuelven mediante la revisión crítica de evidencias existentes, y estas, en su mayoría, son producto de investigaciones científicas.⁽⁵⁾

El lenguaje científico es el vehículo de transmisión del conocimiento. Este debe ser veraz, preciso y claro.⁽⁴⁾ Sin embargo, en la práctica de la medicina existe una tendencia a aplicar de manera automática el conocimiento adquirido durante el entrenamiento y de los reportes publicados en textos y revistas científicos. Resulta evidente que la información que se publica ha mostrado un crecimiento exponencial, haciendo difícil que los profesionales sanitarios puedan reunir toda la información en el momento preciso para la toma de decisiones clínicas.⁽¹⁾ Por otra parte, se debe considerar que en ocasiones los ensayos clínicos tienen varias dificultades metodológicas al no ser controlados o tener un número pequeño de participantes para encontrar diferencias.

De igual forma las cohortes prospectivas pueden sufrir sesgos de selección, de información y no tener suficiente poder para ofrecer una asociación causal.⁽⁹⁾ De acuerdo con lo anterior y para facilitar la toma de decisiones por los profesionales de la salud, debe contarse con una base en evidencia sólida, libre de sesgo y de calidad adecuada y para ello, se ha desarrollado un tipo de documentos conocido como revisiones sistemáticas de la literatura. Se trata de documentos científicos integradores que siguen un método explícito para resumir la mejor evidencia disponible sobre determinado tema o problema de salud. Este fue concebido mediante respuestas a preguntas estructuradas y la evaluación crítica de estudios primarios de investigación a través de métodos homologados, mediante los cuales se analiza e integra la información esencial con la finalidad de expresar un resultado global.⁽¹⁾

La experiencia clínica y la consulta con los pares y libros de texto han sido siempre una forma de adquirir esa capacidad clínica y de esta manera, tomar decisiones clínicas con los pacientes. Sin embargo, es muy alta la posibilidad de que las recomendaciones estén sesgadas y de que se perpetúen prácticas clínicas de diagnóstico y tratamiento que ya han demostrado no ser eficaces, o que incluso, ya han demostrado ser perjudiciales en el manejo de algún

padecimiento. Una mejor atención clínica debería fundamentarse en la integración de la mejor evidencia científica disponible al responder preguntas de investigaciones concretas y estructuradas a través de protocolos explícitos que siguen el método científico, que son reproducibles y que además, integran la investigación básica, la investigación clínica y la investigación centrada en los pacientes.⁽⁷⁾

Los autores de esta investigación comparten la siguiente interrogante que aparece en el artículo de *Barbosa Palomino* y otros:⁽¹⁰⁾ ¿Por qué es importante poner atención a la relación entre los resultados de las investigaciones y la utilización de los mismos en pro de la toma de decisiones políticas públicas en salud?

La respuesta está en lo que representa, en este sentido, la MBE que a consideración de *Alva Díaz* y otros⁽⁵⁾ surge como un programa científico para operacionalizar la práctica médica, mediante la obtención y aplicación de la mejor evidencia disponible, y superar el sesgo exclusivamente empírico en el que se basaban las decisiones clínicas, reunida y enriquecida con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente. Además de tener acceso a ese vasto mundo de información científica, es importante llevar a cabo la lectura crítica de los estudios publicados, debido a que no todos los comités editoriales de las publicaciones revisadas por pares pueden hacer una evaluación metodológica exhaustiva para decidir si un estudio se publica o se rechaza, esto es, si la metodología es suficientemente robusta para poder confiar en sus conclusiones.⁽⁷⁾

Estos autores comparten el criterio de que la MBE es en esencia un proceso que integra la pericia o maestría clínica con la mejor evidencia y las expectativas del paciente. Los buenos médicos utilizan a la vez la maestría clínica y la mejor evidencia externa disponible, y ninguna se basta por sí sola. Sin la primera, los riesgos de la práctica son tiranizados por las evidencias externas, porque hasta estas, calificadas como excelentes, pueden ser inaplicables o inapropiadas para un paciente concreto. Sin la segunda, los riesgos de la práctica quedan desfasados en detrimento del paciente.⁽²⁾

La calidad de la evidencia científica es la confianza que se tiene en que el efecto que reflejan los estudios es cercano a la realidad, es decir, la confianza en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación; mientras más alta sea la calidad de la evidencia, mayor será la confianza y menor la probabilidad de que estudios posteriores modifiquen el efecto observado.⁽⁷⁾ Resulta importante que las decisiones médicas estén respaldadas por

evidencia científica de calidad y que el médico tenga herramientas para la búsqueda de estudios de calidad.⁽³⁾ Los modelos de riesgo no deben determinar las decisiones de manejo, pero deben ser considerados fundamentales y deben evaluarse en conjunto con la información tradicional del médico.⁽¹¹⁾

La MBE ha alcanzado reconocimiento mundial y se ha insertado en los programas de sociedades científicas, currículos académicos y en políticas sanitarias. Entre sus principales herramientas destacan las revisiones sistemáticas y metaanálisis, guías de práctica clínica basadas en evidencia, evaluaciones económicas y de tecnología sanitaria cada una de ellas con metodologías explícitas para elaborar y formular recomendaciones.⁽⁵⁾ Esto no significa que se produzcan cambios en la práctica de la medicina de forma abrupta y que esta sea radicalmente transformada, pues depende de la introducción de tecnologías que, hasta el momento, solo están al alcance de pocos países y de personas capaces de asumir gastos muy elevados.⁽⁸⁾

Clásicamente ha habido un desencuentro entre clínicos y gestores por múltiples motivos como la insuficiente sensibilización por parte de los clínicos hacia el uso racional de los recursos sanitarios, que algunos han considerado como la crisis del método clínico⁽¹²⁾ En respuesta a esto, en la convocatoria de la Tercera Conferencia de Ginebra, de la Medicina centrada en las personas, celebrada del 3 al 5 de mayo de 2010 se exponía que: “Las expectativas del público respecto a la atención sanitaria han aumentado. Se espera que los proveedores de atención de salud sean comprensivos y dignos de confianza y que consideren el conjunto de su estado de salud, no solo la enfermedad de que se trate”.⁽⁸⁾

Como solución para solventar estos elementos está la MBE que se considera integrada por tres componentes que permiten se tomen mejores decisiones clínicas respecto al cuidado de la salud del individuo: primero, el nivel de evidencia de la literatura científica; segundo, la expresión de la sintomatología del paciente y, tercero, la experiencia del profesional de salud; estas son las variables que, al combinarse con el contexto institucional, pueden jerarquizar los criterios del conocimiento reportados en el área de la salud para obtener un mejor resultado.⁽¹³⁾

Por lo antes expuesto, se visualiza la necesidad de discutir, a partir de la MBE, la implementación de políticas públicas en salud con base en la evidencia, en especial en países de América Latina, donde serios problemas afectan al colectivo. Es necesario que los actores inmersos en el campo de la salud pública asuman una responsabilidad impostergable. Estos

han de caracterizarse por adoptar un rol crítico y constructivo, en especial en contextos en los cuales se elige a las personas que toman decisiones políticas que marcan el estancamiento o desarrollo de los países.⁽¹⁰⁾

Los autores de este trabajo desean compartir con la comunidad científica la siguiente expresión que aparece en uno de los artículos revisados y que consideramos resume una enseñanza profesional que se corresponde con la idea principal que esta investigación pretende transmitir: “Los buenos médicos usan tanto su experiencia clínica como el mejor conocimiento científico disponible, pero ninguna de ellas de por sí es suficiente”.⁽⁴⁾

La medicina basada en la evidencia parte de evaluar críticamente la literatura científica de modo que se pueda extrapolar los resultados investigativos en la construcción del conocimiento médico y su aplicación, es decir, acortar la brecha entre la investigación y la práctica clínica. Esto no significa que los conocimientos, la experiencia y el juicio profesional ya no sean importantes; por el contrario, la medicina basada en la evidencia requiere que los profesionales evalúen críticamente los resultados investigativos y decidan la mejor manera de contextualizar esos saberes en beneficio del enfermo. Para ello requiere, por un lado, aprovechar la evidencia científica de que se dispone y por otro, realizar más investigaciones para producir nuevos conocimientos.

Referencias bibliográficas

1. González Garay AG, Mayorga Butrón JL, Ochoa Carrillo FJ. Revisiones sistemáticas de la literatura, la piedra angular de la medicina basada en evidencia. Documento de la serie Medicina basada en evidencia, 2 de 3. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015[acceso: 14/02/2018];14(2):103-06. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.03.002>
2. Vera Carrasco O. El aprendizaje basado en problemas y la medicina basada en evidencias en la formación médica. Rev Med La Paz. 2016[acceso: 14/02/2018];22(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v22n2/v22n2_a13.pdf
3. Álvarez M, Dennis R, Villar C. Características de estudios publicados en áreas del conocimiento de medicina interna incluyendo calidad, idioma y década de publicación. Acta

Médica Colombiana. 2015[acceso: 14/02/2018];40(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163145605005>

4. Acosta Artiles FJ. De “medicina basada en la evidencia” a “medicina sustentada en hallazgos”: una propuesta razonada de traducción. Rev Esp Salud Pública. 2015;89(3):339-42.

5. Alva Díaz C, Aguirre Quispe W, Becerra Becerra Y, García Mostajo J, Huerta Rosario M, Huerta Rosariof AC. ¿La medicina científica y el programa Medicina Basada en Evidencia han fracasado? EducMed. 2018[acceso: 14/02/2018];19(S2):198-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.003>

6. Andrade Castellanos CA. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. Med Int Méx. 2015;31(2):191-5.

7. Mayorga Butrón JL, Velasco Hidalgo L, Ochoa Carrillo FJ. Guías de práctica clínica basadas en evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. Documento de la serie MBE, 3 de 3. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015[acceso: 14/02/2018];14(6):329-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.12.005>

8. Espinosa Brito AD. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. Medisur. 2015[acceso: 14/02/2018];13(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600017&Ing=es

9. Castillo R, Otero W, Trespalacios A. Impacto de las medidas generales en el tratamiento del reflujo gastroesofágico: una revisión basada en la evidencia. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2015[acceso: 14/02/2018];30(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337743494007>

10 Barboza Palomino M, Caycho T, Castilla Cabello H. Políticas públicas en salud basadas en la evidencia. Discusión en el contexto peruano. Rev Salud Pública de México. 2017[acceso: 14/02/2018];59(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/7881>

11. Rincón Valenzuela DA, Escobar B. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. Rev Colomb Anestesiol. 2015[acceso: 14/02/2018];43(1):32-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.10.009>

12. Torres J, Mingo C. Gestión clínica: bases fundamentales y organización. Arch. Esp. Urol. 2015;68(1):6-13.

13. De Rungs Brown DR, Víctor Baldin A, Muñoz Hinojosa J, Valdés Castañeda A, Gómez Palacio M. Exploración física del abdomen agudo y sus principales signos como una práctica basada en la evidencia. Cirujano General. 2015;37(1-2):32-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.