

Angiología

www.elsevier.es/angiologia



EDITORIAL

Qué es y qué no es la medicina basada en la evidencia

What is and what is not evidence based medicine

El término medicina basada en la evidencia (MBE) fue utilizado por primera vez por Gordon Guyatt en 1991 en el *American College Physicians Journal Club*; desde entonces adquirió una gran notoriedad¹. En 1992, con la creación del primer grupo de trabajo de MBE (*Evidence-Based Medicine Working Group*), se dio visibilidad del término MBE ante el público profesional, esto anunciaba la emergencia de un nuevo paradigma para la práctica de la medicina². Desde entonces la MBE ha suscitado un enorme interés, que ha dado lugar a numerosos artículos, libros, monografías e iniciativas diversas.

Sackett en 1996 definió la MBE como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes³. La MBE aporta un marco conceptual nuevo para la resolución de los problemas clínicos, y pretende acercar los datos de la investigación clínica a la práctica médica, que consisten en el proceso de búsqueda sistemática, evaluación crítica y aplicación de los hallazgos de la investigación a la toma de decisiones clínicas.

En la actualidad, debemos ofrecer una asistencia personalizada a la vez que válida científicamente en nuestra práctica médica. No debemos olvidar el fenómeno de democratización del conocimiento, con un mayor acceso de los pacientes a fuentes de información e incremento de su autonomía. Para mejorar la relación médico-paciente y mejorar la calidad de la medicina que practicamos debemos tener presente la MBE.

La MBE se basa en la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible, o sea, aunar nuestra experiencia profesional con el mejor conocimiento disponible⁴. El acto médico se entiende como una experiencia de relación interpersonal en la que los valores, las opiniones y la experiencia del médico, junto con las preferencias de los pacientes, tienen un papel preeminente, a lo que debe añadirse otro elemento crucial como el de la evaluación sistemática de la evidencia científica. Conocer la mejor evidencia científica es necesario pero no suficiente y es preciso complementarla con consideraciones acerca de

los recursos disponibles, la experiencia del equipo, las prioridades establecidas, además de las preferencias de los pacientes. Podemos decir que la verdad no se presupone sino que deba probarse.

No debemos caer en el error de creer que la MBE se basa sólo en los ensayos clínicos (EC) o en metaanálisis, ni pensar que su validez quede anulada si detrás está el complejo médico-industrial. La MBE consiste en localizar en cada caso las mejores evidencias externas disponibles. No siempre será un EC, pueden ser estudios transversales, estudios de cohortes, casos-controles o estudios observacionales. En otras ocasiones, las evidencias que necesitamos procederán de ciencias básicas como la genética, la inmunología o la biología molecular.

Actualmente, la industria farmacéutica que realiza ensayos clínicos tiene en cuenta la importancia de la validez externa de los estudios, para ello se realizan ensayos clínicos más pragmáticos, con mínimos criterios de inclusión y heterogeneidad de sus participantes⁴.

La MBE se propone como objetivo que los médicos asistenciales, además de su experiencia y habilidades clínicas, sepan aplicar de manera adecuada los resultados de la investigación científica a la práctica médica, a fin de mejorar su efectividad y su calidad⁵. Requiere del aprendizaje de nuevas habilidades tanto en la búsqueda eficiente en la literatura como en su valoración crítica, que permite hacer un uso apropiado de la información hallada. Para ello los médicos deben saber identificar las lagunas de conocimiento, formular preguntas clínicas bien estructuradas y deben tener unos conocimientos básicos para realizar búsquedas de información en todos los medios disponibles en la actualidad, deben saber interpretar la información hallada, valorar la validez interna de los estudios, no se debe tener en cuenta sólo el valor de la *p*, debemos ir más lejos y saber valorar intervalos de confianza que nos informarán de la precisión o exactitud del estudio, valorar riesgos relativos u *odds ratio* y su significado clínico, así como el número de pacientes que tratar. También es básico saber si se pueden aplicar estos resultados a los pacientes, lo que significa que hay que

saber valorar la validez externa. El clínico debe juzgar y decidir si la información científica hallada puede aplicarse o no a un paciente individual y, si así ocurre, de qué modo específico debe integrarse en una decisión clínica, o sea, valorar la aplicabilidad clínica y la utilidad.

Estos conocimientos nos permitirán valorar qué estudios son válidos, pues debemos tener presente que hay muchas publicaciones con una metodología inadecuada, con influencia de la industria farmacéutica o el sesgo de publicación, está en nuestras manos saber escoger la información útil para nuestra práctica clínica diaria. Para evitar el sesgo de publicación de los EC se creó el Registro de Ensayos Clínicos del Ministerio de Sanidad. Estas y otras medidas administrativas redundan en una mejora de la calidad de investigación⁶.

Se han publicado experiencias llevadas a cabo en distintos ámbitos en las que se demuestra que una inmensa mayoría de los pacientes han recibido una asistencia basada en la evidencia⁷.

La experiencia clínica y la evidencia externa se complementan con el respeto a la autonomía del paciente, incluidos los valores y las preferencias del paciente y la sociedad en el proceso de toma de decisiones clínicas. La MBE pretende integrar: “saber”, “saber aplicar” y “aplicar”⁸. Los médicos, cuya práctica se basa, además, en la comprensión de las evidencias científicas subyacentes, con toda seguridad proveerán una asistencia más efectiva y de mayor calidad a sus pacientes.

Sólo en la medida en que la investigación clínica, como mejor evidencia externa, y la práctica clínica, como experiencia propia validada, se enriquezcan y complementen

mutuamente, podremos hablar de auténtica medicina basada en la evidencia.

T. Solanich Valldaura

Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España
Correo electrónico: tsolanich@tauli.cat

Bibliografía

1. Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;112 Suppl 2:A16.
2. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268:2420-5.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.
4. Curso de introducción a la medicina basada en la evidencia para angiólogos y cirujanos vasculares. Centro Cochrane Iberoamericano 2008. Disponible en: www.cochrane.es/moodle/course/view.php?id=16
5. Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. 3.^a ed. London: BMJ Books; 2006.
6. Serrano MA, García Alonso F, González de Suso MJ, et al. Ensayos clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
7. Diamond GA, Kaul S. The disconnect between practice guidelines and clinical practice-stressed out. JAMA. 2008;300:1817-9.
8. Vega M, Allegue N, Bellmunt S, López-Espada C, Fiera R, Solanich T, et al. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. Angiología. 2009;61:29-34.