

## Una opinión más sobre la medicina basada en la evidencia

### One more criterion related to evidence-base medicine

Miguel González-Carbajal Pascual<sup>I</sup>; Ludmila Martínez Leyva<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Instituto de Gastroenterología, La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de I Grado en Gastroenterología. Instructora. Instituto de Gastroenterología, La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Se revisaron los antecedentes del movimiento conocido como Medicina Basada en la Evidencia y los orígenes de su denominación. Se caracterizaron las realidades del presente que han generado su aparición, entre los que figuran el desarrollo de la Epidemiología Clínica y la globalización de la información a través de los adelantos tecnológicos de la ciencia informática. Se expuso la clasificación de los niveles de evidencia científica y los grados de recomendación correspondientes. Se evaluó cómo abordar la Medicina Basada en la Evidencia sin menospreciar la experiencia clínica. Se expusieron los peligros de la mercantilización de las evidencias científicas emanadas de los ensayos clínicos en interés de las compañías farmacéuticas que financian dichas investigaciones. Se expresaron los juicios de los autores sobre estos acuciantes y controversiales problemas y su coincidencia con las opiniones de otros investigadores.

**Palabras clave:** Medicina basada en la evidencia, niveles de evidencia, grados de recomendación.

---

#### ABSTRACT

Backgrounds of the well-known Evidence-Based Medicine movement and the origins of its denomination were reviewed. We characterized its current realities generating

its appearance including the Clinic Epidemiology development, and information globalization through technological advances of information technology. We exposed the classification of scientific evidence levels and the corresponding recommendation degrees. We assessed also the approach of Evidence-Based Medicine without undervalue the clinic experience. We exposed also the dangers of mercantilism of scientific evidences from clinical assays by pharmaceutical companies interested in this feature, which financing such researches. Finally, author's criteria on these pressing and controversial problems are expressed, and its coincidence with criteria of other researchers.

**Key words:** Evidence-Based Medicine, evidence levels, recommendation levels.

---

## ANTECEDENTES

A partir del desarrollo de la ciencia desde el siglo xvii la información que esta produce se erigió en patrón normativo de conocimiento hasta constituirse, casi exclusivamente, en representante único y legítimo de la sabiduría humana. La modernidad inauguró una relación cognoscitiva independiente y nueva, que con el tiempo se consolidó. El "reinado de la razón" devino "reinado de la ciencia experimental".<sup>1</sup>

Procedente de la clínica médica, y según el propio autor, un novato nefrólogo y fisiólogo del túbulo renal, *David L. Sackett*, se convierte en el año 1962, en epidemiólogo de campo al servicio de la Salud Pública de los Estados Unidos.<sup>1</sup> Él señaló que la aplicación de los principios epidemiológicos y unos cuantos más de bioestadística, a las creencias, juicios e intuiciones que comprenden el arte de la medicina, podían mejorar sustancialmente la exactitud y la eficacia del diagnóstico, del pronóstico, del tratamiento, la actualización continua de los conocimientos y, especialmente, la capacidad de enseñar a los demás cómo hacer estas cosas. Una nueva Escuela de Medicina en la *Mc Master University* otorgó a *Sackett, Tugwell y Haynes*, la oportunidad que tanto anhelaban<sup>1</sup> y que los condujo, quizás sin proponérselo o siquiera sospecharlo, a erigir los cimientos del movimiento que, más tarde, sería conocido como Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

Como parte de los antecedentes algo más remotos de la MBE, se señala un movimiento propugnado en Francia, a mediados del siglo XIX, por *Pierre C. Alexander Louis, Bichot y Magendie*, entusiastas promotores de la *Médecine d'Observation* quienes sostenían como fundamento que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que estas debían soportarse sobre los resultados de las investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. Estos fundamentos, demostrados por *A. Louis* con la aplicación de experimentos en los que utilizó su método numérico, revelaron el grado de ineficacia de determinados tratamientos que en su época se aplicaban para la cura de algunas enfermedades. Contribuyó así a la erradicación de terapias inútiles y, aunque no faltó quien lo calificara de "escéptico posrevolucionario", sus hallazgos tuvieron gran repercusión en Francia, Inglaterra y Estados Unidos.<sup>2</sup>

## **Aproximación a la definición de Medicina Basada en la Evidencia (MBE)**

El término MBE surgió en 1992 y fue oficialmente aludido por primera vez en un artículo que puede catalogarse de fundamental, aparecido en la revista *Journal American Medical Association (JAMA)*.<sup>3</sup> Para ejercer la MBE "se requiere de la integración de las mejores pruebas resultantes de la investigación con nuestra habilidad clínica y los valores individuales y preferencias de nuestros pacientes". Esta definición fue hecha por uno de los equipos más prestigiosos del mundo en este campo, aparece en un libro de texto publicado sobre la materia y tiene un sitio Web en Internet que puede ser consultado.<sup>4</sup> Se ha señalado que es una definición un tanto vaga y general ya que, en última instancia, todos podrían estar de acuerdo con ella, pero esto quizás no sea un defecto sino una virtud de cualquier definición.

Otra manera no esencialmente diferente de abordar el concepto de MBE es la siguiente: "... es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible al tomar decisiones sobre el cuidado de un paciente en particular. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa la integración de la experiencia clínica individual con las mejores evidencias clínicas externas disponibles producto de la investigación sistemática".<sup>5</sup>

## **Realidades que caracterizan el presente**

Ciertos hechos son incontrastables:<sup>6</sup>

- Uno de ellos es el crecimiento explosivo de la información médica publicada y la correspondiente necesidad, por parte de los profesionales de la salud, de tener esta información disponible y que sea utilizable.
- El término MBE fue usado en 1996 sólo 181 veces. El número creció a 6 452 veces en el 2004.
- El número de ensayos controlados y al azar, con respecto a 1996, se duplicó a 15 000 en el 2004.
- Las fuentes tradicionales de información, como los libros de texto, no están actualizadas todo lo que debieran y parte de sus recomendaciones han sido desechadas, por lo que no resultan útiles como guías para la toma de decisiones al pie de la cama del enfermo.
- Se ha abierto una brecha entre lo que se conoce y lo que se hace, que ha sido identificada por médicos y pacientes.

La base de datos Medline, que es la más importante de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, proporciona un ejemplo del enorme volumen de información médica existente. Esta entidad cubre los campos de la medicina, la odontología, las ciencias veterinarias, los sistemas de cuidados de salud y las ciencias preclínicas. Contiene referencias bibliográficas y resúmenes de autor de más de 4 600 revistas biomédicas publicadas en los Estados Unidos y en otros 70 países. Sus ficheros contienen más de 11 millones de referencias desde mediados

de los años 60. Su cobertura es mundial y la mayoría de los registros proceden de fuentes en idioma inglés o poseen resúmenes en inglés.<sup>7</sup>

Aunque los antecedentes de la MBE se remontan a poco más de 2 décadas atrás, su crecimiento acelerado ha comenzado hace muy poco. El 91 % de los trabajos sobre esta temática, procesado por Medline durante la última década, corresponde a los 5 años más recientes. Puede admitirse que dichos ensayos se ubican entre las evidencias más fuertes y los diseños de investigación más robustos de la validez científica de un trabajo de investigación en esta área del conocimiento.<sup>8</sup>

La MBE es un fruto de la necesidad de dar no sólo respuesta sino solución a los problemas derivados de la situación que acabamos de describir. Es, por tanto, una consecuencia natural de la necesidad de crear un nuevo modelo de asistencia médica capaz de integrar los resultados sólidos y clínicamente útiles de las investigaciones que tienen lugar en el sector de la salud con la práctica clínica diaria, con vistas a lograr una atención de alta calidad que se base en los avances más recientes en las áreas de la biomedicina, la química, la tecnología, las humanidades, etcétera.<sup>9</sup>

### **Clasificación de las evidencias científicas**

Era necesario el diseño de un sistema que clasificara el nivel de las evidencias disponibles sobre un problema clínico determinado según su origen, porque al provenir estas de diversas fuentes, el grado de confiabilidad de las mismas era ineludiblemente diferente. En general, los niveles propuestos pueden sintetizarse en:<sup>9-12</sup>

#### *Nivel I*

La mejor evidencia de que un determinado tratamiento es efectivo para lograr un objetivo específico proviene de un experimento clínico controlado (ECC). Este tipo de experimento, en su diseño más sencillo, compara el efecto de un medicamento con el de un placebo, administrados ambos de forma tal que ni quien conduce el experimento ni el paciente conozcan cuál de ellos recibe el placebo y cuál el medicamento objeto de estudio (doble ciego). La asignación a cada grupo, de estudio o control, se realiza en forma estrictamente al azar. Con este proceso, se evita la mayoría de los sesgos.

Aún así, existe la probabilidad de que el resultado favorable de un experimento sea el resultado de la casualidad y no de la intervención. Para minimizar esto, un buen investigador debe definir de antemano cuál será la mayor probabilidad permitida al azar para cada uno de los desenlaces (convencionalmente no debe ser mayor del 5 % que en el análisis estadístico se expresa como una  $p = 0,05$  o un intervalo de confianza del 95 %). Con frecuencia, un ECC no alcanza a demostrar un efecto estadísticamente significativo porque no tuvo el poder necesario para ello, lo que depende principalmente del número de sujetos incluidos en cada grupo (tamaño de la muestra). Por tanto, el investigador debe también definir previamente cuál es el poder deseado (convencionalmente debe ser mayor del 80 %) para incluirlo en el cálculo del tamaño de la muestra. La probabilidad de que el resultado se deba a la casualidad se conoce como error alfa (tipo 1) y la probabilidad de no poder demostrar un efecto de la intervención cuando sí lo había, se conoce como error beta (tipo 2) que es como el inverso del poder. En el informe de un ECC, en el nivel 1, ambas probabilidades deben aparecer en forma explícita en la sección de análisis estadístico y no deben acomodarse a la hora de interpretar los resultados.

Cuando se han desarrollado varios ECC, que sugieren la efectividad de un tratamiento, pero carecen de poder para demostrarlo en forma contundente, se pueden reanalizar sus datos como si provinieran de un solo estudio. Así, aumenta el tamaño de la muestra y mejora considerablemente su poder. Para que los estudios puedan agruparse de esta forma se requiere que los mismos cumplan ciertos requisitos que se refieren a la homogeneidad y a otros aspectos. El resultado es un metanálisis que, si se realiza correctamente, también puede considerarse como una evidencia del nivel 1.<sup>9-12</sup>

#### *Nivel 2*

Comprende los ECC que no alcanzan un poder suficiente para probar en forma inequívoca la efectividad de una intervención porque sus resultados se ubican alrededor del límite estadísticamente significativo. Muchos de ellos no explican, en la sección de análisis estadístico, los cálculos del error tipo 1 permitido y del poder que se consideró, y ello dificulta la interpretación de los resultados. Aquí se incluyen también análisis de subgrupos de ECC nivel 1, que tampoco alcanzan un poder suficiente para probar en forma inequívoca la efectividad de una intervención.

Si se revisan todos los estudios dirigidos a probar la efectividad de un tratamiento, aunque sus características no permitan desarrollar un metanálisis, sus resultados pueden ser válidos, si se utilizan los métodos establecidos para realizar una revisión sistemática. Se puede considerar como evidencia de nivel 2 siempre que se someta a la aprobación del grupo de consenso. En el mismo nivel se sitúa un informe de un comité de expertos (*position statement*), si presenta explícitamente su metodología.

#### *Nivel 3*

Incluye los ECC donde el azar es deficiente o no se cumple, razón por la cual se pueden introducir sesgos en la asignación de los pacientes a uno de los grupos del estudio (tratamiento o placebo). De igual forma ocurre cuando se compara la efectividad de tratamientos que se han establecido libremente en grupos de pacientes y cuya respuesta se observa al cabo de un determinado tiempo, estudio denominado de cohorte. En ambas situaciones puede ocurrir, por ejemplo, que los casos más graves reciban el tratamiento A y no el B. Ante esta posibilidad, las evidencias de nivel 3 deben analizarse con cautela y, en la medida de lo posible, deben someterse a la aprobación de grupos de consenso.

#### *Nivel 4*

Comprende experimentos clínicos donde no existe un grupo control y la comparación de los resultados se realiza con los mismos sujetos antes y después del tratamiento (series de antes-después). En esta situación, el resultado puede deberse a la acción de factores diferentes al tratamiento y que se hubieran podido descartar al incluir un grupo control, bajo la influencia de los mismos factores.

También abarca aquellos estudios observacionales donde se compara el resultado de un nuevo tratamiento en una cohorte actual con los del tratamiento convencional que se utilizaba en el pasado (cohorte histórica) o se compara el tratamiento que recibieron los sujetos separándolos en 2 grupos según la presencia o ausencia del desenlace (estudio de casos y controles).

En todos estos estudios pueden existir múltiples sesgos, razón por la que las evidencias de nivel 4 deben analizarse con precaución y, en la medida de lo posible, someterse a la aprobación de grupos de consenso.

### **Otras evidencias**

Todos los demás tipos de estudios, como los informes de casos o de series de casos, los descriptivos, así como los informes de expertos, entre otros, pueden ser útiles, pero su nivel de evidencia es bajo. Sin embargo, en ocasiones, pueden ser la única información disponible como ocurre, por ejemplo, con casos raros o con efectos secundarios inesperados.

Existen otras clasificaciones de los niveles de evidencia que varían en aspectos no esenciales de los que acabamos de exponer.

### **Grados de recomendación**

En concordancia con los niveles de evidencia han surgido los grados de recomendación de las conductas a seguir ante cada problema clínico y de la manera que pudiéramos clasificar los niveles de recomendación:<sup>9-12</sup>

- A.** Cuando se dispone de metanálisis o ensayos clínicos al azar y controlados que sustentan la recomendación. En este caso existe buena o muy buena evidencia para recomendarla.
- B.** Cuando se dispone de ensayos clínicos bien diseñados y controlados, aunque no al azar. Existe evidencia razonable para recomendarla.
- C.** Cuando se dispone de pobre evidencia y los hallazgos son inconsistentes, la intervención debe someterse a la aprobación de un grupo de consenso. Después de analizar las evidencias disponibles en relación con posibles sesgos, el grupo de consenso puede admitir y recomendar la intervención. Existe evidencia admisible para recomendarla.
- D.** Cuando existe muy pobre evidencia, es empírica o carece de sistematicidad, los estudios disponibles no pueden emplearse como pruebas, pero un grupo de consenso puede considerar, por su experiencia, que la intervención es favorable y recomendarla aún sin evidencias.

La MBE revoluciona la medicina, establece una nueva forma de practicarla a partir de una concepción integradora, donde conscientemente se unifica la experiencia clínica individual, adquirida por el médico en su desempeño profesional y los resultados de las investigaciones más relevantes registradas en la literatura científico-clínica.<sup>9-12</sup> Sin embargo, debemos alertar sobre la aparición de ciertos enfoques en la apreciación de problemas clínicos y su relación con la MBE.

### **En un intento de llegar y no pasarse**

No hay cabida para el relativismo en medicina. Los tratamientos que recomendamos tienen consecuencias reales, por lo que mejor nos aseguramos de que sean efectivos —o como mínimo, no dañinos. Ese es el propósito de la MBE: fundamentar nuestras decisiones de tratamiento en la mejor ciencia disponible, más que en la prevalencia de opiniones o en la experiencia. Algunos colegas, no obstante, abusan no sólo del término sino del alcance de sus proyecciones. Como dijera la Dra. *Bernardine Healy* —anterior directora de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica— en un editorial en el *U.S. News and World Report* en el que comentaba la forma en que ascendía la MBE, llegó a tildarla de "microfascismo". Este camino, sentenció, conduce a la MBE directamente a convertirla en una tiranía del pensamiento médico. El término "microfascismo" resulta llamativo, en tanto sugiere un manejo totalitario de la práctica médica por parte del estado, por lo que tales pronunciamientos, como era de esperar, suscitaron polémicas.<sup>13</sup>

Hemos llegado a un momento en el cual el abuso de la MBE comporta tantos riesgos como el desestimarla. La evidencia puede ser manipulada para hacer que los beneficios marginales parezcan mayores de lo que son. Más preocupante aún resulta que, por necesidad, los estudios sobre terapéutica suelen concentrarse en un tratamiento para una enfermedad en una población homogénea de pacientes de mediana edad. Nuestros pacientes no son homogéneos, ni tienen una sola enfermedad y pocos de ellos se encuentran en la mediana edad. Muchos de ellos son ancianos, con múltiples problemas médicos que necesitan del uso de variadas intervenciones. No hay razón para esperar que ellos respondan al tratamiento tan idealmente como los sujetos de la investigación.<sup>13</sup>

En nuestro medio hospitalario, los autores hemos sido testigos de que una no despreciable proporción de los médicos que invocan la MBE —en ocasiones con inusitada vehemencia—, usan la frase para reforzar sus propias opiniones y sesgos, lo que quizás se encuentre en alguna medida relacionado con el auge extraordinario del término y su relativa novedad. De este modo, muchas alusiones a la MBE quizás no se basen en lo absoluto, en la evidencia. Nos preocupa lógicamente, que la frase esté siendo "escamoteada" para añadir peso a alguna opinión o simplemente a determinado punto de vista.

Es verdad que la MBE apuntala el desarrollo de lineamientos. Sin embargo, demasiado a menudo se pretende que los lineamientos estén basados en la evidencia cuando realmente reflejan sesgos de envergadura de los miembros del comité, o por lo menos opiniones de consenso que pudieran no contar con la unanimidad del propio cónclave.

Uno de los problemas con la MBE proviene de la transferencia de los datos a la práctica. La evidencia interviene en nuestras decisiones médicas, pero nosotros también tenemos que usar la evidencia en el contexto de la situación del paciente. Quisiéramos creer que el empleo de la mejor información disponible garantiza *per se* la toma de decisiones sin sesgos, pero eso sería pecar de ingenuos.

El modo en que tomamos decisiones involucra datos, pero también implica valorar los riesgos y beneficios. Las conclusiones difieren porque los datos solos no son suficientes y se requiere un análisis e interpretación de los mismos que pueden no ser iguales, e incluso diferir medularmente. Estamos a favor de que se desarrollen los mejores análisis de la evidencia sin sesgo, hasta donde sea posible. Necesitamos una excelente evidencia, pero debemos siempre interpretarla a partir de un excelente juicio clínico.<sup>13</sup>



La MBE no puede responder a cómo debemos atender a los pacientes individualmente. Tenemos que usar la MBE como una bienvenida herramienta en nuestro proceso de toma de decisiones individuales. Esperar más que eso de la MBE pudiera poner en peligro tanto la relación médico-paciente como nuestro juicio clínico.

Por otra parte, los que abogan a favor de la MBE tienen la razón al señalar los peligros que trae basar el tratamiento sólo en fundamentos fisiopatológicos (ej.: agentes inotrópicos para la insuficiencia cardíaca y medicamentos antiarrítmicos para tratar los latidos ventriculares ectópicos), que representan en este caso la teoría, no corroborados en la práctica mediante ensayos clínicos apropiados —teoría que no se confirma en la práctica no tiene validez. Pero nunca es conveniente exagerar; el restarle énfasis a la ciencia básica comporta ciertos peligros que impiden prescindir de ella y de la lectura de apoyo. Hacerlo nos conduciría a un enfoque de fórmulas que imposibilitarían prevenir errores en aquellos pacientes que no se ajustan a determinados algoritmos.

### **La otra cara de la moneda**

Hay un costado no menos importante del problema que no podemos soslayar, y es enseñar a las personas a distinguir la evidencia de la propaganda y la publicidad, lo que pudiera ofender a los grandes intereses que cada vez más dominan en la atención de salud. Por ejemplo, el proceso de la MBE puede sugerir que algunos medicamentos costosos y lucrativos, dispositivos y programas de atención de salud, no sean tan buenos como parecen de acuerdo con su reputación. Esto es de esperar que no genere simpatía en aquellos que derivan ganancias, poder o prestigio de dicha situación.

Consecuentemente, los intereses dominantes tienen ante sí la tentación de manipular el proceso de la MBE, lo que comporta el riesgo, al desacreditarla, de otorgar finalmente mala fama a la MBE. Por ejemplo, las compañías biotecnológicas y farmacéuticas se han amparado bajo el manto de la MBE, para emplear como uno de sus métodos de difusión de productos, dispositivos, programas o estrategias de salud, la publicación de estudios clínicos originales en reconocidas revistas médicas del mundo, que no son más que resultados de investigaciones patrocinadas por esas mismas compañías.

La calidad de la revista respaldaría la calidad del medicamento, lo que incide de este modo en la redacción de lineamientos basados en la evidencia a favor de sus intereses. La dinámica de este proceder y otros aspectos no menos preocupantes estrechamente vinculados al mismo, son denunciados por *David Sacket*, personalidad reconocida universalmente y considerado uno de los padres de la MBE —como ya señalamos— y por *Oxman*, en una publicación que constituye obligada referencia de los interesados en el tema. El propio título del artículo resulta harto elocuente: HARLOT, prostituta en idioma inglés; al desglosar sus siglas proporciona la siguiente traducción: como conseguir resultados positivos sin mentir para superar la verdad (*How to Achieve positive Results without actually Lying to Overcome the Truth*).<sup>14</sup>

En la era de la globalización, la manipulación mercantil de la MBE exhibe toda la gravedad que su vasta difusión conlleva. Un apreciable número de autores se ha sentido obligado a denunciar este fenómeno que se pudiera caracterizar por su ubicuidad, más que por su eventualidad. De esta manera se han develado ciertos



procedimientos empleados por las compañías farmacéuticas para conseguir los resultados esperados en sus pruebas clínicas,<sup>15</sup> entre los que figuran:

- Comparar el medicamento que se quiere promover con otro de menor eficacia conocida o con un placebo.
- Estudios multicéntricos para seleccionar los resultados de lugares donde el estudio ha sido favorable.
- Hacer estudios con subgrupos de análisis y seleccionar aquellos con resultados favorables.
- Presentar los resultados que pueden ser más impresionantes como la reducción en riesgo relativo y no en riesgo absoluto.

En otras palabras, asistimos a un proceso que se caracteriza por un peligro real de manipulación en el diseño, implementación y análisis de los estudios de investigación, por parte de los intereses dominantes, en una tentativa de incrementar la probabilidad de que los resultados sean favorables a ellos —peligro avizorado tempranamente, incluso por personalidades científicas de prestigio internacional a los que resultaría difícil tildar con credibilidad, de estar permeados por ideologías discordantes con el equilibrio político y económico de sus respectivas sociedades, por sus apreciaciones sobre el tema.<sup>14</sup>

### **La medicina basada en la evidencia y el método clínico**

Algunos médicos, tanto en Cuba como en el mundo, al trocar el entusiasmo en fascinación ante los crecientes avances tecnológicos en la esfera de los medios diagnósticos y las alternativas terapéuticas de que se dispone en la actualidad, han llegado a ser subyugados por el progreso de la ciencia, se han separado de los pacientes y han reducido su contacto personal con ellos. Esta tendencia constituye una mala práctica que debe revertirse radicalmente de inmediato, porque de continuarse arraigando conllevaría un vacío irreparable en el ejercicio de la medicina, que es una disciplina eminentemente social que no admite ser despersonalizada ya que su propia esencia radica en el apoyo psíquico, emocional y afectivo que sólo el médico es capaz de proporcionar a un ser humano desvalido y enfermo —más allá de compañeros de trabajo, amigos y familiares por muy allegados que sean. ¿Es que la MBE lleva implícita esta desviación? Pensamos que no. Ello depende de los propios médicos, de sus principios éticos y del empleo adecuado del método clínico que en modo alguno está reñido con el desafío que representa la adopción responsable y sensata de la MBE y del progreso científico en general. Más bien, nos atrevemos a asegurar que el método clínico, la relación médico-paciente, la epidemiología clínica, la MBE y la aplicación más rigurosa de los principios metodológicos de la investigación, son todas importantes ramas de un mismo árbol, que se complementan entre sí.

### **Una tentativa de sintetizar**

El principio de que sólo una minoría de las decisiones tomadas para el diagnóstico y tratamiento de un enfermo están fundamentadas mediante ensayos clínicos al azar, conlleva un rigor científico que tiene por objetivo poner los resultados de la investigación biomédica a disposición de la práctica médica cotidiana, con el fin de aportar más ciencia a la Medicina, basándose en estrategias relevantes de revisión bibliográfica, metanálisis, guías de tratamiento de enfermedades y, lo más importante, educar al médico desde el pregrado en técnicas estadísticas que le permitan orientarse y encontrar el diagnóstico individual acertado e imponer el tratamiento oportuno, lo cual es una excelente solución al problema del conocimiento.<sup>16</sup>

De modo contrapuesto se manifiestan los clásicos, defensores del método clínico que valora al paciente como una entidad individual, en el cual la experiencia personal médica en la toma de decisión desempeña un papel importante ante la incertidumbre del diagnóstico y el tratamiento apropiado. Esta disyuntiva entre el método clínico y la evidencia, entre la experiencia y la evidencia es lo que ha suscitado las numerosas discrepancias que hacen el asunto controversial.<sup>16</sup>

En la actualidad, el alcance resolutivo de la ciencia médica sigue siendo, en verdad, muy limitado. El éxito profesional en cuanto a aciertos y aceptación no es lineal con el dominio teórico del actuante. Los aspectos psicológicos implicados en la relación médico-paciente, difícilmente pueden ser pautados. La implicación afectiva e intuitiva es inherente a la acción profesional en esa esfera. La individualidad genética, psicológica, conductual, cultural y social de cada paciente requiere de una valoración específica y única.<sup>16</sup>

Las siguientes afirmaciones sintetizan los razonamientos que acabamos de exponer y en mayor o menor medida, podría asumirse que son compartidas por importantes autores que se han dedicado al tema:<sup>5,16,17</sup>

1. Un buen médico emplea la experiencia clínica individual junto a la mejor evidencia externa disponible.
2. Ni la experiencia clínica ni la evidencia externa disponible por separado son suficientes.
3. Sin la experiencia clínica, la práctica médica corre el riesgo de ser tiranizada por la evidencia externa.
4. Una evidencia externa excelente puede ser inaplicable a un paciente en particular.
5. Sin la evidencia externa actualizada la práctica clínica corre el riesgo de ser anticuada en detrimento de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramis A, Rina M. Origen e intencionalidad de la epidemiología clínica. Rev Cubana Salud Pública. Set 2005; 31(3): p. 0-0. ISSN 0864-3466
2. Boucourt Rivera L. Su excelencia: la medicina basada en evidencias. ACIMED [publicación periódica en línea] 2001 [citada 25 de junio de 2004]. Disponible en

URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_5\\_03/aci07503.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_5_03/aci07503.htm). Acceso: 15 mayo de 2008.

3. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268:2420-5.
4. Strauss SE, Richardson WS, Glasziou P, Haines RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 3ra. ed. Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone; 2005. ISBN 0443074445 (<http://www.cebm.utoronto.ca/>). Acceso: 17 de octubre de 2008.
5. Sackett DL, MC Rosenberg W, Muir Gray JA, Haynes RB, Scott RW. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71> Acceso: 12 de diciembre de 2001.
6. Krabshuis J. Evidence-Based Medicine -Why Did it Take the World by Storm. 07/World Gastroenterology Organisation (WGO)- Setting Global Standards in Education and Training.htm. Disponible en: <http://www.omge.org/?publication> Acceso: 29 de septiembre de 2008.
7. National Library of Medicine. PubMed Overview. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/overview.html> Acceso: 27 de marzo de 2003.
8. Cañedo R, La O J, Montejo M, Peña K. De la medicina popular a la medicina basada en evidencia: estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. Contribuciones Cortas. ACIMED. 2003;11(5). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_5\\_03/aci07503.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_5_03/aci07503.htm). Acceso: 18 de octubre de 2008.
9. Broche JM, Broche RC, García LY, Cañedo R. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. ACIMED. 2003;11(6). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_6\\_03/aci02603.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci02603.htm). Acceso 15 de octubre del 2008.
10. Niveles de calidad de la evidencia científica. Disponible en: [http://www.fisterra.com/recursos\\_web/\(MBE\)/niveles.htm#task%20Force](http://www.fisterra.com/recursos_web/(MBE)/niveles.htm#task%20Force) Acceso: 20 de diciembre de 2001.
11. Instituto de Salud Carlos III. Guía para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Disponible en: <http://165.158.1.110/spanish/hsp/download/INF-19.pdf> Acceso: 22 de diciembre de 2002.
12. Guallar DE. El meta análisis, piedra angular de la Medicina basada en la evidencia. Disponible en: <http://www.cadime.com.ar/novedades/meta-analisis.htm> Acceso: 27 de diciembre de 2001.
13. Marchetti P, Centor RM, Donell RW, Poses RM. Does "Evidence-Based Medicine" diminish the physician's role? Medscape Med Students. 2007;9(1). Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/549329?src=mp> Acceso: 15 de octubre de 2008.

14. Sackett DL, Oxman AD. HARLOT plc: An amalgamation of the World´s two oldest professions. BMJ. 2003; 327:1442-5.

15. Medical Journals Are an Extensión of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies/Revista PLOSMedicine. 2005; 2(5). Disponible en: <http://medicine.plosjournals.org/per/serv/?request=get.document&doi=10.1371/journal.pmed.0020138> Acceso 20 de octubre de 2008.

16. Vidal Ledo M, Fernández Sacasa JA. Medicina basada en la evidencia. Reflexiones sobre el tema. Rev Cubana Educ Med Super. 2005; 19(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864\\_21412005000100010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864_21412005000100010&script=sci_arttext) Acceso: 15 de octubre de 2008.

17. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. BMJ. 2004; 329:990-1 (30 october), doi: 10.1136/bmj.329.7473.990.

Recibido: 20 de enero de 2009.  
Aprobado: 17 de marzo de 2009.

Dr. *Miguel González-Carbajal Pascual*. Instituto de Gastroenterología, 25 e I, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: [carbajal@infomed.sld.cu](mailto:carbajal@infomed.sld.cu)