



Medicina basada en evidencias. ¿Cadena o libertad para la práctica médica?

Alberto Orozco Gutiérrez*

La medicina basada en evidencias ha logrado en los últimos años un papel más importante en la toma de decisiones tanto para la atención, como para la planeación y las responsabilidades médicas.

Durante muchos años, la conducta médica estuvo dictada por la experiencia de cada médico; esto originaba una gran variedad en los esquemas de manejo y una gran variabilidad en la calidad de la atención.

Posteriormente, esta situación se trató de resolver elaborando guías y volviéndolas ley a través de las Normas Oficiales Mexicanas,¹ las cuales establecen diversos esquemas de manejo que en ese momento, a juicio de algunos

expertos, se consideraba la conducta que debería seguir toda la comunidad médica; esto originó una serie de pautas que se fueron volviendo obsoletas, limitando la capacidad del médico para tomar decisiones.¹

La medicina basada en evidencias establece diversos niveles para que cada médico pueda tomar decisiones basadas en un criterio dinámico y seguro para el paciente y que permitan incorporar a la práctica clínica los conocimientos.

Con base en este objetivo, se ha calificado la evidencia en 4 niveles; esto permite valorar el nivel de fuerza de cada recomendación (*Cuadro I*).

Cuadro I. Niveles de evidencia.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de Comité de Expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

* Jefe del Departamento de Neonatología. Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Alberto Orozco Gutiérrez

Periférico Sur Núm. 3697-620, Héroes de Padierna. Magdalena Contreras, 10700.

Correo electrónico: drorozco55@hotmail.com

Aceptado: 09-02-2010.

A continuación analizaremos cada una de las categorías de la evidencia científica.

Cuadro II. Nivel Ia de evidencia.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I

Cuadro III. Nivel Ib de evidencia.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I

Cuadro IV. Nivel II de evidencia.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte	

En un metaanálisis recabamos la experiencia de múltiples centros, revisada por un observador imparcial y únicamente en base a datos cuantificables; con esto se incrementa el número de pacientes estudiados y se despoja al trabajo de factores locales como la diferente calidad de atención, capacidad de los médicos o de los demás trabajadores de la salud. Esto permite suponer que la experiencia es altamente reproducible con resultados similares en diversos lugares.

Vg “En recién nacidos pretérmino con peso $> 1,500$ g con riesgo de desarrollar SDR, la presión positiva continua mejora la función respiratoria y la mortalidad (RR 0.55 IC 95% 0.32-0.96)”.⁴

Este estudio permite suponer que si se emplea en la práctica clínica *presión positiva* continua a las vías aéreas en estos grupos de edad y patología se obtendrá un 55% de disminución en la mortalidad, lo que permite aplicar dicho concepto en la práctica clínica en forma científica y segura.

Los estudios de metaanálisis constituyen la máxima evidencia calificada como 1ª y origina una recomendación A (Cuadro II).

Cuando se realiza un estudio clínico controlado aleatorio, su valor como evidencia es menor debido a que aun siendo un estudio con controles su experiencia está limitada a un solo lugar y a un número limitado de casos; muy probablemente la experiencia será reproducible aunque debe ser comprobada; esto se califica como nivel de evidencia 1b y el grado de la recomendación es A.⁵

“El CPAP nasal en niños menores de 29 semanas no reduce significativamente el riesgo de muerte o displasia broncopulmonar comparada con los niños intubados; sin embargo, con CPAP nasal el riesgo de neumotórax fue de 9 contra 3% en el grupo de ventilación asistida ($P < 0.001$)”.

Con este trabajo podemos decidir que en niños menores de 29 semanas con CPAP se debe establecer una vigilancia estrecha sobre el riesgo de neumotórax. Esta recomendación permite establecer conductas clínicas de uso rutinario y tomar precauciones en el manejo; dicha recomendación debe ser corroborada por otros investigadores y sometida a un metaanálisis que confirme la reproducibilidad del concepto (Cuadro III).

Cuadro V. Nivel III de evidencia.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I

Cuadro VI. Nivel IV de evidencia.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
IV. Evidencia de Comité de Expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Un estudio controlado sin aleatoriedad y los estudios cuasiexperimentales o de cohorte pueden obtener resultados altamente influidos por factores locales y la ausencia de grupos de control hacer difícil predecir si los resultados obtenidos por el clínico serán los mismos; por lo tanto, el grado de la evidencia es menor (II a y b), y la fuerza de la recomendación también menor.

La hipocarbica se encontró asociada con hemorragia periventricular en base a que el tiempo promedio del CO₂ fue estadísticamente menor en los niños que presentaron hemorragia periventricular.⁶

Este estudio permite establecer una política preventiva que puede redundar en una conducta más prudente e incrementar la seguridad de los pacientes, además de abrir líneas de investigación para estudios subsecuentes (Cuadro IV).

Los estudios descriptivos no experimentales, tales como estudios comparativos y de correlación, casos y controles y revisiones clínicas, constituyen una experiencia sumamente valiosa para el desarrollo de la evidencia y pueden dar origen a estudios con controles y mayor número; constituyen una recomendación de poca fuerza pero pueden dar un sustento científico para la atención médica en protocolos y en situaciones en las que no existen estudios con mayor evidencia (Cuadro V).

Reportes de Comités de Expertos, o las opiniones, reportes o experiencia clínica de autoridades en la materia, son la experiencia de cierto grupo de personas en cierto momento y situaciones; es difícil aceptar que esa opinión pueda ser reproducida en múltiples

situaciones y en diversos lugares; tiene el inconveniente de la temporalidad; estas recomendaciones son guías útiles; sin embargo, el peso de la evidencia es bajo y no deben constituir leyes que impidan la evolución y el análisis en la búsqueda de la mejor terapéutica para cada caso particular.

Como podemos ver, la medicina basada en evidencias libera al médico y le permite mantener una conducta terapéutica actualizada y dinámica, permite una defensa de nuestras conductas terapéutica manteniendo una atención que ofrece a los pacientes seguridad y calidad (Cuadro VI).

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 6 de enero de 1995. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
2. Guidelines for good practice in the management of neonatal respiratory distress syndrome. Report of the second working group of the British Association of Perinatal Medicine. Guideline produced in November 1998.
3. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 3(18): 593-596.
4. Ho JJ, Henderson-Smart DJ, Davis PG. Early versus delayed initiation of continuous distending pressure for respiratory distress syndrome in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD002975.
5. Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, Brion LP, Hascoet JM, Carlin JB, for the COIN Trial Investigators. Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. *N Engl J Med* 2008; 358: 700-708.
6. Okumura A, Hayakawa F, Kato T, Itomi K, Maruyama K, Ishihara N, Kubota T, Suzuki M, Sato Y, Kuno K, Watanabe K. Hypocarbica in preterm infants with periventricular leukomalacia: the relation between hypocarbica and mechanical ventilation. *Pediatrics* 2001; 107: 469-475.