

Aciertos y desaciertos de la Medicina Basada en la Evidencia, en la rehabilitación

Evidence Based Medicine. Hits and Misses of Its Implementation in Rehabilitation

Leannis González Reyes¹, Alejandro Betancourt Coello²

1. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Medicina Física y Rehabilitación. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Licenciado en Rehabilitación en Salud. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba

En castellano, Medicina Basada en Evidencia se define como: *“Certeza clara, manifiesta y tan perceptible de una cosa que nadie racionalmente puede dudar de ello”*; quizás por ello otros la llaman *“Medicina basada en hechos”* o como *“Práctica médica objetiva”*¹.

Mejía, refiere la integración de la mejor evidencia de la investigación, conocimientos, experiencias clínicas y circunstancias únicas de nuestros pacientes, relativa a la exactitud de las pruebas diagnósticas, pronósticas, eficacia de las pautas terapéuticas, rehabilitadoras y preventivas².

La producción de protocolos, guías prácticas o algoritmos de actuación son el profundo análisis de la evidencia médica, su elaboración requiere de amplios conocimientos de metodología de la investigación científica para juzgar si la evidencia de la investigación es fiable o no; estos instrumentos ofrecen una asistencia médica de calidad, teniendo en cuenta siempre cada caso en particular³.

Su elaboración y su fundamento se basan en la evidencia médica, por tanto, la búsqueda sistemática de la mejor evidencia requiere de una metódica concreta, bien definida para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas. Al realizar una investigación en la búsqueda de la evidencia se debe hacer un examen minucioso de los pasos secuenciales desde la identificación detallada del problema, la formulación adecuada de las preguntas, los objetivos propuestos y el método más adecuado, así como, la elección de las bases de datos donde se va a realizar. Valorar si estos elementos están lo suficientemente caracterizados y analizados para desarrollar una intervención, experimento, ensayo (clínico, de laboratorio o comunitario), etcétera; que tenga la calidad para obtener validez en los resultados hasta la aplicación de estos; de ello dependerá el nivel de evidencia y si estos resultados se pueden emplear en la práctica diaria.

Tradicionalmente la práctica clínica de la Fisioterapia se basa en la opinión generada a partir de la experiencia clínica, la investigación básica y en menor medida de la investigación clínica. Esta no intenta reemplazar el rol de la experiencia clínica, ni la consideración de las preferencias de los pacientes, se trata que la información de las mejores evidencias disponibles esté presente en la relación fisioterapeuta-paciente. El problema puede suceder, cuando sin conocimiento de la evidencia o con un conocimiento poco crítico, se toman decisiones a partir de una experiencia falaz o poco reflexionada.

En un estudio cohorte realizado en Canadá, acerca de la rehabilitación del evento vascular cerebral con más de 1 800 médicos se demuestra que la mayoría de ellos, no aplican la mejor evidencia en su práctica médica, a pesar de existir más de 900 ensayos clínicos aleatorizados publicados que valoran el manejo del evento vascular cerebral, así como, guías de práctica clínica nacionales e internacionales².

Es necesario ganar en destrezas y habilidades para poder seleccionar y utilizar juiciosamente la mejor evidencia disponible en el momento de tomar decisiones. Se realizan numerosas revisiones sistemáticas de trabajos sobre la efectividad de las intervenciones, es necesario citar el papel de la colaboración Cochrane, y otras organizaciones dedicadas a recopilar los resultados de las investigaciones; a la que se suma por ejemplo, la «Physiotherapy Evidence Database» (<http://ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/>)³.

Existe alta evidencia sobre la utilización de la balneoterapia, la termoterapia y los ejercicios en medio acuático en la fibromialgia y la artrosis³; la balneoterapia para la lumbalgia crónica y artritis reumatoide; la cura hidropínica para la litiasis renal; la crioterapia en la fiebre, evidencia media de la balneoterapia en la espondililitis anquilopoyética, infecciones respiratorias altas, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y venosa, arteriopatía periférica y dermatitis atópica.

Otras de las evidencias son las curas hidropínicas en la hipertensión arterial, osteoporosis, anemia ferropénica, hipotensión postural e hidratación de la piel; además de la termoterapia en la fisura anal, recién nacidos, picaduras de insectos, lumbalgia crónica, espasticidad, artrosis, patología neuromotora, insomnio, infecciones de vías altas, de la crioterapia en prevención del golpe de calor y en las heridas, de la hidrocineciterapia en el equilibrio, en la insuficiencia cardíaca, en la EPOC y en la artritis reumatoidea y en la calidad de vida; de la temperatura alterna en el dolor muscular posterior a los ejercicios .

En otras revisiones se encuentra nivel de evidencia II y III en la parálisis cerebral en el tratamiento con terapia de Bobath e hidroterapia y la equinoterapia para el control postural en dichos pacientes ⁴. En una revisión sistemática en las bases de datos: Scielo y Medline de 2004 al 2014 se encontró que existe evidencia sólida relacionada con el uso terapéutico del láser, TENS y biomagnetismo, para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de personas con artrosis de rodilla medidas por escala de EVA y WOMAC, evidencia moderada de la crioterapia y las compresas húmedo-calientes para disminuir el dolor, no así la calidad de vida, evidencia con conflictos en cuanto al uso del ultrasonido y el calor en dicha enfermedad, en dicha revisión se cita que:

“Pese a la alta calidad de los trabajos encontrados, todavía no existe acuerdo en las dosis que se deben emplear en los distintos equipos. Esto dificulta la agrupación de los estudios para comparar sus resultados, ya que hay tantos protocolos como kinesiólogos existentes en el mundo. Para poder llegar a un nuevo nivel de ciencia, es necesario que se estandaricen los tratamientos, por lo que se necesita aún más investigación” ⁵.

El criterio planteado anteriormente coincide con la opinión de muchos revisores y muestra que aún existe una gran brecha entre la aplicación clínica y la evidencia científica; ejemplo de ello lo muestra un estudio cohorte realizado en EEUU, en el cual se realiza una encuesta a especialistas rehabilitadores y se muestra que el 73% de ellos dedican menos de cinco horas a la semana a la lectura de artículos; el problema se agrava debido a que la calidad de muchos de estos no es buena, en parte por la mayor presión para que los médicos publiquen el mayor número de trabajos.

Numerosos autores reconocen la falta de pruebas sobre la eficacia de muchos tratamientos desafortunadamente, abundan los trabajos en los cuales sólo un grupo de pacientes (estudio no controlado) son sometidos a un determinado tratamiento y valorados posteriormente, de manera que si los pacientes mejoran el tratamiento es efectivo, sin tomar en consideración otras variables, muchas de las revisiones de Cochrane lo confirman. Existen datos que muestran que la

existencia de evidencias no modifica en muchos casos las decisiones médicas, ni los protocolos hospitalarios⁶.

Las dificultades que puede encontrar el médico rehabilitador para realizar esta nueva forma de hacer y entender la medicina es posible que sean debido a conflictos de intereses, propios sobre tratamientos y a la cronicidad de muchas de las enfermedades atendidas, para las cuales el tratamiento rehabilitador es «su última (y más deseada) oportunidad»^{2,3}.

Establecer la eficacia del tratamiento rehabilitador debe ser una prioridad en la investigación en Rehabilitación, siempre medidas por escalas y métodos estadísticos que brinden validez a los trabajos para poder estandarizar estos tratamientos y así aumentar la responsabilidad en la toma de decisiones basadas en la MBE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larraínzar Garijo R, Corella Montoya F, Marín Peña O. Medicina Basada en la Evidencia y su aplicación a la cirugía Ortopédica y Traumatología. Rev Tauma. 2010 [citado 24 abr 2015]; 21 (supl 1): 21-27. Disponible en: http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v21s1/pag02_02_res.html
2. Rojano Mejía D. Medicina basada en evidencia en rehabilitación. Rev Mexicana Med Fís Rehabil. 2010;22(6).
3. Valera Garrido JF, Medina I, Mirapeix J, Montilla H, Meseguer Henarejos AB. Fisioterapia basada en la evidencia: un reto para acercar la evidencia científica a la práctica clínica. Fisioterap. 2000 [citado 24 abr 2015]; 22(3):158-164. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-fisioterapia-basada-evidencia-un-reto-10017330>
4. Llar Vilá JL. Evidencia científica de la hidroterapia, balneoterapia, termoterapia, crioterapia y talasoterapia. Med Naturi. 2008 [24 abr 2015]; 2(2):29-41. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2574514>
5. Inge Franki PT, Desloovere K, De Cat J, Feys H, Molenaers G, Calders P, *et al*. The evidence base for conceptual approaches and additional therapies targeting lower limb function in children with cerebral palsy: a systematic review using the international classification of functioning, disability and health as a framework. J Rehabil Med. 2012 [citado 24 abr 2015]; 44: 396–405. Disponible en: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0984>

6. Ibarra Cornejo JL. Efectividad de los agentes físicos en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla: una revisión sistemática. Rev Med Electron. 2015[citado 24 abr 2015]; 37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000100002&script=sci_arttext

Recibido: 24 de febrero de 2016

Aprobado: 25 de febrero de 2016

MSc. *Leannis González Reyes*. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: leannis@infomed.sld.cu