

DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA A LA MEDICINA PERSONALIZADA

Daisy Flores Cortez

Docente asociado, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Médico, Farmacólogo, Doctor en Ciencias de la Salud.

Uno de los hechos relevantes en la medicina se dio en 1971 con la publicación de Archibald Cochrane "Eficacia y Eficiencia: reflexiones aleatorias sobre los servicios de salud". Este libro hizo una fuerte crítica a la falta de evidencia confiable respecto de muchas de las intervenciones de salud aceptadas en ese momento. Sus críticas estimularon evaluaciones rigurosas a las intervenciones sanitarias y resaltaron la necesidad de evidencia en la medicina. Su llamado a la colección de revisiones sistemáticas condujo a la creación de la Colaboración Cochrane. En la actualidad, sin duda estos hechos le han conferido a Cochrane ser considerado el padre de la medicina basada en evidencia (MBE) ^(1,2).

La MBE constituye una estrategia dirigida a asegurar que la práctica clínica se base en hallazgos científicos rigurosos más que en la intuición, la autoridad, el hábito clínico o la experiencia. Implica metodizar la práctica de la medicina, aportando una técnica que contribuye a traducir en decisiones clínicas los resultados procedentes de la mejor investigación científica ⁽³⁾. Esto permite ofrecer una mayor transparencia en las decisiones médicas. La MBE, así como sus guías y protocolos de manejo, fueron bien recibidas, especialmente por los sistemas legales, como una herramienta más de control médico ⁽⁴⁾. Sin embargo, desde su introducción, los costos de atención en salud han aumentado, mientras que sigue habiendo una falta de evidencia de alta calidad que sugiera que la MBE haya dado lugar a sustanciales ganancias de salud a nivel de la población ^(5,6). Así mismo, se debe tomar en cuenta que las investigaciones realizadas, en la mayoría de los casos, presentan un sesgo de conflicto de intereses, dado que la mayoría de los estudios de intervención son financiados por la industria, lo que degrada explícitamente su valor ⁽⁷⁻⁹⁾.

A pesar de los aciertos de la MBE, no podemos dejar de preguntarnos: Si la medicina es una ciencia exacta, ¿es válido decir que los resultados de un tratamiento con un alto grado de recomendación, proveniente de un grupo de pacientes que siguen estrictos criterios de selección, se puedan transpolar al paciente del día? Es posible que mientras más se parezca ese paciente a los sujetos de la muestra, más alta será esa probabilidad. Sin embargo, la realidad está más alejada de lo pensamos y el resultado obtenido en un ensayo clínico no tiene por qué ser generalizable y aplicable al paciente individual en un momento determinado. Por otro lado, las guías no son recetas de cocina y el criterio y experiencia médica siguen siendo fundamentales en el trabajo clínico cotidiano y en la práctica de una medicina científica e individualizada ⁽³⁾.

En el área de la Obstetricia, las revisiones sistemáticas de los efectos del cuidado obstétrico que han sido publicadas están disponibles a nivel mundial. A pesar de esto, las prácticas del cuidado prenatal varían inmensamente de país en país, de comunidad en comunidad, de institución en institución y entre profesionales médicos u obstetras. Esta variación se produce tanto en el uso de intervenciones terapéuticas y diagnósticas de alta tecnología y costo, como en aquellas que son sencillas y de

Recibido

17 de Junio del 2017

Correspondencia

Daisy Flores Cortez.

Doctor en Ciencias de la Salud,
Farmacólogo, Médico.
dafloresc@yahoo.es

Cita bibliográfica

Flores Cortez D. De la medicina basada en evidencia a la medicina personalizada. Rev Int Salud Matern Fetal. 2017. 2(2): 1-2.

bajo costo. La importancia de estas variaciones, a pesar de la presencia de una base común de información válida basada en la investigación, sugiere que la obstetricia no es tan científica como declama ser y de todas las especialidades médicas es en la obstetricia donde es menos probable que la práctica clínica este apoyada por evidencia científica ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Con esta perspectiva, podemos afirmar que para el individuo, la enfermedad es inseparable de otros aspectos de la existencia y por ello es difícil que las diferencias interindividuales puedan siempre ser contrarrestadas por la estrategia estadística de la aleatorización. Con la MBE, el juicio clínico queda relegado a un segundo plano tras la información y la estadística. La información de los pacientes individuales, sobre sus enfermedades y sus deseos con respecto al tratamiento, deben ser reconocidos como evidencia crucial que debe ser integrada con otros datos para tomar decisiones clínicas. ⁽³⁾

Sir William Osler dijo una vez: "La práctica de la medicina es un arte, basada en la ciencia. La medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad". Las incertidumbres de la medicina siguen siendo frecuentes a pesar de los grandes avances en investigación y tecnología. Varios estudios han encontrado una variación significativa de la atención entre los profesionales ⁽¹⁾. Por tanto, está claro que ni todos los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas imaginables pueden llenar el vacío existente entre la investigación y la práctica clínica. Una práctica clínica adecuada, la «buena medicina», ha sido y seguirá siendo desde la época de Aristóteles la mezcla del arte de la incertidumbre, la ciencia de la probabilidad y la capacidad de juicio clínico.

Es de esta manera que surgen nuevos paradigmas, como es el modelo de Satterfield donde las decisiones de salud son compartidas entre el médico, clientes, y otros actores implicados; desarrollando su concepto de Práctica Basada en la Evidencia, partiendo de los aportes de la Medicina Basada en la Evidencia, pero también con los aportes de otras áreas del conocimiento, como la enfermería, la psicología, el trabajo social o la salud pública ⁽¹⁵⁾. Otro de los movimientos importantes es el de la medicina centrada en la persona (MCP), el cual reclama el empleo de la investigación científica como instrumento para generar la mejor evidencia clínica, y el humanismo como esencia de la medicina en bien de la Humanidad. Su propuesta no es solo combatir la enfermedad, sino, también, promover el despliegue de los potenciales saludables del ser humano, hacia el logro de su bienestar y desarrollo integral ⁽¹⁶⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shah HM, Chung KC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg* . NIH Public Access; 2009 Sep;124(3):982–8.
2. Stavrou A, Challoumas D, Dimitrakakis G. Archibald Cochrane (1909-1988): the father of evidence-based medicine. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* . Oxford University Press; 2014 Jan;18(1):121–4.
3. Balasch J, González-Merlo J. La Medicina basada en la evidencia, la Medicina, el médico y el paciente. *Progresos Obstet y Ginecol* . Elsevier; 1999;42(4):263–5.
4. Rosselli DA. ¿Qué nos ha dejado la medicina basada en evidencia? *ACTA MED COLOMB* . Barranquilla; 2007;32(3):186–9.
5. Ochoa FJ. Medicina basada en evidencia, el “nuevo” paradigma en la toma de decisiones. *Gac Mex Oncol* . Sociedad Mexicana de Oncología; 2014;13(3):141–3.
6. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet* . 2017 Feb 16 [cited 2017 Jun 15].
7. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract* . 2014 Dec;20(6):908–14.
8. Sheridan DJ, Julian DG. Achievements and Limitations of Evidence-Based Medicine. *J Am Coll Cardiol* . 2016 Jul 12;68(2):204–13.
9. Ennezat P-V, Cosgrove S, Bouvaist H, Maréchaux S, Guerbaai R-A, Le Jemtel T, et al. From evidence-based medicine to personalized medicine, with particular emphasis on drug-safety monitoring. *Arch Cardiovasc Dis* . 2017 May 25 [cited 2017 Jun 15].
10. Távora L. Medicina Basada en Evidencias Aplicada a la Salud Materna y Perinatal. *Ginecol Obs* . 2002;48(3).
11. Bonfill X. La medicina basada en la Evidencia en Perinatología. *Progresos Obstet y Ginecol* . Elsevier; 1999;42(90):9003–6.
12. Murray E. La necesidad de obstetricia basada en la evidencia. *Rev del Hosp Matern Infant Ramón Sardá* . 2004;23(1):7–10.
13. Reyal F, Dhainaut C, Poncelet C, Batallan A, Madelenat P. [Evidence-based medicine: principles and applications to obstetrics and to gynecologic surgery]. *Gynecol Obstet Fertil* . 2003 Mar;31(3):252–5.
14. Satterfield Jm, Spring B, Brownson Rc, Mullen Ej, Newhouse Rp, Walker Bb, et al. Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. *Milbank Q* . 2009 Jun;87(2):368–90.
15. Perales A, Mendoza J, Armas R, Cluzet O. Perspectivas latinoamericanas sobre medicina centrada en la persona. *Rev Peru Med Exp y Salud P?blica* . Instituto Nacional de Salud; 2016 Dec 13;33(4):801.