

¿Cómo se construyen las evidencias en el 2024?: Los niveles de evidencia, las fuerzas de recomendación, los preprints y las bibliografías regionales

Leandro Barbagelata 

Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Cardiología.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2024;54(3):217-219

Recibido: 30/08/2024 / Aceptado: 23/09/2024 / Publicado online: 30/09/2024 / <https://doi.org/10.52787/agl.v54i3.436>

La medicina basada en la evidencia (MBE) utiliza el método científico para organizar y aplicar datos actuales y mejorar las decisiones sanitarias. Así, los mejores conocimientos científicos disponibles se combinan con la experiencia clínica del profesional sanitario y los valores del paciente para llegar a la mejor decisión médica. Hay 5 pasos principales para aplicar la MBE a la práctica clínica:

- Definición de una pregunta clínicamente relevante
- Búsqueda de la mejor evidencia
- Valoración crítica de la evidencia
- Aplicación de la evidencia
- Evaluación del desempeño de la MBE

La MBE comienza con una pregunta clínica. La cuestión clínica es un tema que el profesional sanitario aborda con el paciente. Una vez formulada la pregunta clínica, se busca evidencia científica relevante, que se relacione con la pregunta clínica. La evidencia científica incluye resultados de estudios y opiniones. No todos los datos tienen la misma fuerza. Las recomendaciones de un experto no son tan sólidas como los resultados de un estudio bien realizado, que a su vez no es tan bueno como los resultados de un conjunto de estudios bien realizados. Por tanto, en la medicina basada en la evidencia, los niveles de evidencia o datos deben clasificarse según su fuerza relativa. Al tomar decisiones clínicas se debe dar más peso a las pruebas más sólidas.

La evidencia comúnmente se estratifica en seis niveles diferentes:

Nivel IA: evidencia obtenida de un metanálisis de múltiples ensayos aleatorios bien realizados y bien diseñados. Los ensayos aleatorios proporcionan algunas de las pruebas clínicas más sólidas; si se repiten y los resultados se combinan en un metanálisis, se supone que los resultados generales son aún más sólidos.

Nivel IB: evidencia obtenida de un único ensayo controlado aleatorio bien realizado y bien diseñado. El estudio controlado aleatorio, cuando está bien diseñado y bien realizado, es un estándar de oro para la medicina clínica.

Nivel IIA: evidencia de al menos un estudio contro-

Correspondencia: Leandro Barbagelata
Correo electrónico: leandro.bargagelata@hiba.org.ar

lado no aleatorio bien diseñado y ejecutado. Cuando no se produce la aleatorización, es posible que se introduzcan más sesgos en el estudio.

Nivel IIB: evidencia de al menos un estudio de casos y controles o de cohortes bien diseñado. No todas las cuestiones clínicas pueden estudiarse de forma eficaz o ética con un estudio controlado aleatorio.

Nivel III: evidencia de al menos un estudio no experimental. Normalmente, la evidencia de nivel III incluiría series de casos, así como estudios de casos y controles o de cohortes no bien diseñados.

Nivel IV: opiniones de expertos de autoridades respetadas en el tema basadas en su experiencia clínica.

Todos los estudios clínicos o evidencia científica se pueden clasificar en una de las categorías anteriores. Luego el médico debe utilizar su experiencia clínica profesional para extrapolar la evidencia científica tal como se aplica al paciente específico. La mayoría de los estudios clínicos tienen criterios de inclusión y exclusión específicos, así como una población específica estudiada. En la mayoría de los casos, el paciente tratado por el médico tendrá una o más diferencias sustanciales con respecto a la población del estudio. Luego se debe utilizar el criterio clínico para determinar cómo las variaciones entre el paciente y la población del estudio son importantes o no y cómo afectan la aplicación de los resultados del estudio al paciente específico.

Sin embargo, la mejor evidencia disponible muchas veces no tiene un nivel jerarquizado I o II y es frecuente que corresponda a series de casos y consensos de expertos.

En general, en las guías clínicas actuales la evidencia más jerarquizada (Nivel I) es menor al 15%, siendo un porcentaje aún menor en algunas especialidades. Por este motivo, las guías clínicas y los consensos de expertos adquieren una enorme relevancia.

En relación a la búsqueda de la evidencia, los sitios más comúnmente utilizados son *Pubmed*, *OVID Medline*, *Cochrane*, *Web of Science*, *Science Direct* ó *Scopus*. También son de utilidad sitios regionales como *LILACS* y *Bireme*.

Las bases de datos regionales se desarrollan y mantienen dentro de una organización o comunidad específica, generalmente para almacenar información que puede no estar disponible en otros lugares o que es solo de interés local.

Estas bases de datos generan información válida para ser incorporada a las revistas societarias de la especialidad, donde los grupos de trabajo pueden exponer sus experiencias, facilitando el acceso a la información de los espe-

cialistas y la lectura en el idioma de origen.

Por este motivo las revistas societarias tienen un efecto de divulgación de la experiencia local, ya que pueden transmitir la información y el análisis epidemiológico que de otra forma no llegarían al especialista.

A su vez, y con las limitaciones que tiene la publicación en revistas extranjeras de impacto, esto cobra real importancia, ya que estas revistas nacionales generan artículos de posición, consensos nacionales y guías de práctica clínica acordes a la práctica y reglamentaciones de la sociedad que las involucra.

Hay otras fuentes de información que, si bien tienen sus limitaciones, es importante conocer debido a su difusión en la actualidad.

Una de ellas son los *preprints*, que es una versión de un manuscrito antes de la revisión por pares, quienes certificarán o no su publicación formal en una revista. El *preprint* es depositado por el autor correspondiente en un servidor de *preprint*, generalmente temático, siguiendo procedimientos públicos. La versión *preprint* puede ser un avance o una versión incompleta, pero lo más común es que se trate de una versión final. Al utilizar este servicio los autores establecen una fecha firme como precedente, pueden solicitar comentarios, y agregar las sugerencias al manuscrito que se envían posteriormente al proceso editorial formal de una revista.

Si bien tanto los *preprints* como los artículos en revistas permiten a los investigadores compartir sus hallazgos con la comunidad, ***no deben utilizarse como evidencia ya que al no tener revisión de pares carecen de calidad científica.***

Concluimos que lo que debe valorarse es la “mejor evidencia actual”, que en la gran mayoría de los casos no es clase A o nivel I, por lo que las guías de práctica y los consensos adquieren relevancia en la comunidad médica.

Propiedad intelectual. El autor declara que los datos presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en su institución perteneciente.

Financiamiento. El autor declara que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. El autor declara no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor

© 2024 *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Barbagelata L. ¿Cómo se construyen las evidencias en el 2024?: Los niveles de evidencia, las fuerzas de recomendación, los preprints y las bibliografías regionales. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2024;54(3):217-219. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i3.436>

Referencias

1. Sackett DL. Evidence-based medicine. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998 May 15; 23(10):1085-6.
2. Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA*. 1998 Oct 21; 280(15):1336-8.
3. GRADE: an emerging consensus of rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 136: 924-926.
4. Fannaroff AC, Califf RM, Lopes RD. High quality evidence to inform in clinical practice. *Lancet* 2019; 394: 633-634.
5. Nelson L, Ye H, Schwenn A *et al*. Robustness of evidence reported in preprints during peer review. *Lancet* 2022; 10: E1684-E1687.
6. Blatch Jones AJ, Saucedo AR, Giddins B. The use and acceptability of preprints in health and social care settings: A scoping review. *Plos One* 2023; 18: e 0291627.
7. Flanagan A, Fontanarosa PB, Bauchner H. Preprints Involving Medical Research -Do the Benefits Outweigh the Challenges? *JAMA* 2020; 324: 1840-1843.
8. Arévalo JA, Lopes C. El papel transformador de los preprints en la aceleración de la comunicación científica. Universidad de Salamanca y ISPA - Instituto Universitario, Lisboa (Portugal).
9. Fannaroff AC, Califf RM, Windecker F, *et al*. Levels of Evidence Supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018. *JAMA* 2019; 321: 1069-1080.