Universidad Guadalajara Lamar

# HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS.

Victoria Poulantza Vazquez Chavoya.

8ª A LME 3277

En 1753 Lind demostró el beneficio de comer naranjas y limones para curar el escorbuto, en un estudio clínico de 12 pacientes. La investigación clínica se desarrollaba lentamente, hasta dos siglos después en que apareció, en 1952, en el British Medical Journal, el primer ensayo clínico randomizado

2. Desde entonces la investigación clínica mantiene un crecimiento permanente, como describió el Dr. V. Valdivieso en esta revista

3. A fines de los 70 varios epidemiólogos clínicos, entre los que destacan D. Sackett, B. Haynes y P. Tugwell, se esforzaban por integrar la investigación clínica a la toma de decisiones para los pacientes. En la década del 80 aparecieron en el Canadian Medical Association Journal las primeras publicaciones orientadas a revisar críticamente estudios publicados en revistas médicas. En 1990, G. Guyatt acuñó el término «Medicina Basada en Evidencia» (MBE) en un documento informal destinado a los residentes de Medicina Interna de la Universidad de Mc Master, en Canadá

4. En 1992, el JAMA inició la serie de artículos «Users’ Guides to the Medical Literature», iniciativa liderada por el Dr. Guyatt y epidemiólogos clínicos de universidades norteamericanas y europeas. Posteriormente, el término MBE fue ampliado para incluir otras especialidades médicas y no médicas que inciden en el cuidado de pacientes, denominándose «Evidence Based Health Care» (EBHC), que algunos traducen como «Cuidados deSalud Basados en Evidencia» o «Atención de Salud Basada en Evidencia»; estas traducciones no han logrado aceptación general, por lo que seguiremos usando el término MBE, para referirnos a la EBHC.

La EBHC ha tenido impacto en sistemas de salud de países como Inglaterra y Canadá, que incorporaron los principios de la EBHC en sus políticas de salud y financian centros de estudios como el National Institute of Clinical Evidence (NICE) para desarrollar investigación en esta área.

EVOLUCIÓN DE UNA POLÉMICA

Como toda innovación que se precie de tal, la aparición y desarrollo de la MBE generó una fuerte polémica entre sus fanáticos defensores y su igualmente importante contraparte, ácidos de tractores o defensores de la «medicina tradicional». Fue para los primeros un nuevo paradigma en la forma de hacer medicina y una filosofía de la práctica y la docencia clínica. Ya no bastaba la experiencia sino que era obligatorio tener evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas. Los detractores lo consideraron una xageración, la «deshumanización» de la medicina con mucha ciencia y poco arte el desconocimiento del valor de la experiencia y los expertos. ¿Acaso no es suficientemente evidente que repitiendo tratamientos que han sido útiles a otros enfermos, los próximos pacientes similares se beneficiarán de igual forma? La experiencia propia o de otros más antiguos o más expertos era base suficientemente sólida para la toma de decisiones. Estas dos posturas son, sin duda, extremas, pues si basamos nuestras decisiones sólo en evidencias científicas de alta calidad, la gran mayoría de nuestros pacientes quedaría sin tratamiento, ya que por diversas razones no existen evidencias científicas de alta calidad respecto a muchas de las decisiones clínicas que habitualmente tomamos. Por otro lado, si sólo basáramos nuestras decisiones médicas en experiencia previa quizás aún aplicaríamos sangrías a los pacientes con neumonía, como Louis en 1835 o lidocaína profiláctica a los pacientes con infarto al miocardio. El enorme volumen de la investigación clínica sería entonces un esfuerzo inútil.

En los últimos años se ha escrito mucho sobre la medicina basada en evidencias (MBE), algunos dirían que tal vez demasiado. El número de referencias en la base de datos MEDLINE relacionados con la MBE ha aumentado de sólo dos en 1992, hasta más de 1,300 en el año de 1999, tendencia que muestra el interés creciente de la comunidad médica por la MBE, en unos casos para promoverla y en otros para criticarla. El hecho indudable es que la MBE es una de las más importantes.

historias de éxito de los 1990, ya que en un lapso de diez años el movimiento ha tenido una diseminación e impacto significativos en las políticas y estrategias de atención de la salud de países como el Reino Unido, en donde hay centros de MBE, servicios de salud mental, quirúrgicos, de medicina interna, pediátricos, etcétera, basados en evidencias y un marco organizacional acompañado por una miríada de accesorios como: manuales, cursos para practicar y para enseñar la MBE, revistas, libros, boletines, paquetes de herramientas y programas de cómputo, sitios de la red y grupos de discusión por correo electrónico, todos con el mote de MBE.

TIPOS DE ESTUDIO INVOLUCRADOS.

* Meta-análisis a partir de ensayos clínicos aleatorizados.
* Ensayos clínicos aleatorios controlados.
* Ensayos clínicos de baja calidad.
* Meta-análisis de estudios de cohortes concurrentes o prospectivas.
* Estudios de cohorte concurrentes.

Tipos de sesgos.

|  |  |
| --- | --- |
| De medición.  |  |
| De procedimientos  | **Ocasionalmente el grupo que presenta la variable dependiente resulta ser más interesante para el investigador que el grupo que participa como control. En el procedimiento de encuestaje, estos sujetos pueden concitar mayor preocupación e interés por conseguir la información.** |
| De memoria.  | **Frecuente de observar en estudios retrospectivos, en los cuales se pregunta por antecedente de exposición a determinadas circunstancias en diferentes períodos de la vida, existiendo la posibilidad de olvido. Esta dificultad se produce en**  |
| Por falta de sensibilidad de un instrumento  | **Al no contar con los elementos adecuados para recabar información, es posible que al utilizar instrumentos deficientes carezca la especificidad de la medición** |
| De detección.  | **Su ocurrencia se explica por la introducción de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo de un estudio** |
| De adaptación.  | **Se produce especialmente en estudios de intervención, en los cuales individuos asignados inicialmente a un grupo particular deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención por sobre otro.** |
| De selección  |   |  |
| Berkson  | **Este sesgo, conocido como "falacia de Berkson". En este estudio, los pacientes casos correspondieron a pacientes con cáncer y sus controles fueron obtenidos a partir de pacientes hospitalizados por otras causas** |
| De no respuesta o efecto del voluntario, | **El grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos** |
| De membresía.  | **Se produce cuando entre los sujetos evaluados se presentan subgrupos de sujetos que comparten algún atributo en particular, relacionado positiva o negativamente con la variable en estudio.** |
| Procesimiento de selección  | **Puede observarse en diseños de investigación experimentales (ensayos clínicos controlados), en los cuales no se respeta el principio de aleatoriedad en la asignación a los grupos de experimentación y de estudio** |

BIBLIOGRAFIA.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2001/bc012i.pdf>

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n8/art16.pdf>

<http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/964>