27/08/2014

Zaira Adelina Diaz Garcia

UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La Medicina basada en la Evidencia (MBE), término acuñado por Gordon Guyatt, se define como un proceso cuyo objetivo es el de obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana. Para ello, se requiere la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores «evidencias» disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario de los pacientes. En nuestro idioma, se entiende por evidencia la certeza manifiesta sobre una cosa que elimina cualquier duda racional sobre la misma. Algunos autores, prefieren la utilización del término Medicina Basada en Pruebas, considerando a estas últimas como los argumentos o razones que demuestran una cosa. Desde esta perspectiva el proceso consistiría en la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que la práctica médica cotidiana plantea.

Actualmente, se tiende hablar más de Atención sanitaria basada en la Evidencia, que englobaría la Medicina basada en la Evidencia, Enfermería basada en la Evidencia, Odontología basada en la Evidencia y así todas las distintas especialidades y/o profesiones que intervienen en la atención sanitaria de los pacientes.

Antecedentes históricos.

Históricamente la Medicina basada en la Evidencia tiene un doble origen: filosófico y tecnológico.

El *origen filosófico* de la esta nueva tendencia se remonta a mediados del siglo XIX y tiene en Paris, con sus escépticos post-revolucionarios (Bichat, Magendie, etc.) su punto de partida. El nuevo paradigma que esta nueva corriente impone se sustenta en una concepción de la medicina teórica basada en la experimentación y una medicina práctica basada en la verificación o validación. Hasta llegar a este nuevo paradigma la ciencia médica tuvo que recorrer un largo camino. Desde la perspectiva Aristotélica y su ulterior influjo, que discernía entre saber especulativo (universal, cierto) y saber práctico (particular, probable), hasta la concepción imperante a partir del siglo XVII de una medicina teórica basada en la experimentación y una medicina práctica sustentada por la extrapolación.

Para la medicina Aristotélica, el conocimiento en la práctica médica no puede ser nunca cierto sino sólo probable, entendiendo como probabilidad aquella opinión *(dox*a) que defienden las gentes más sabias y expertas (probabilidad subjetiva de hoy en día). La toma de decisiones en esta línea de pensamiento está condicionada por la autoridad de quienes defienden una postura y, por tanto, no con la evidencia sino con la intención. Con la llegada del siglo XVII Bernoulli elabora la teoría matemática de las probabilidades (probabilidad objetiva), que sustituye la idea de certeza por la de probabilidad.

Con la llegada del siglo XX la medicina experimental se hizo más humilde, comenzando a ganar peso, lo que se denominó investigación clínica, sustituyéndose los conceptos de analogía y extrapolación por los de verificación y evidencia. Los ensayos clínicos, la epidemiología clínica y el desarrollo de Internet fueron las herramientas que fomentarían, el cuerpo doctrinal de lo que hoy conocemos como MBE.5

Desde un punto de *vista tecnológico,* un poderoso germen del ulterior desarrollo de la MBE fue la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá. A finales de los años sesenta se comenzó a desarrollar en esta Universidad, un programa educativo interdisciplinario centrado en la resolución de problemas individuales.6 Este tipo de aprendizaje desarrolla, como después veremos, una metodología muy similar a la propia de la MBE: identificación del problema, búsqueda de información sobre el mismo, y resolución del problema en consonancia con la información recogida. Figura clave en el desarrollo de esta Escuela de Medicina, y uno de los pioneros en la divulgación y práctica de la MBE, fue el estadounidense David Sackett, quien enfatizó sobre la importancia de la epidemiología y el conocimiento estadístico, antes de aplicar sus teorías en el ejercicio de la práctica médica, siguiendo la corriente de la MBE.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DIFERENCIAS | VENTAJAS | DESVENTAJAS |
| Aleatorizados Controles ( RCT) | Responde preguntas de terapia o prevención.  Aleatorización evita sesgo de elección. |  |  |
| Cohorte | Responde preguntas de pronóstico, etiología y prevención.  Son poblaciones definidas  Compara dos equipos en un periodo de tiempo  Al inicio del estudio, uno de los grupos recibe un tratamiento en particular y el otro no.  Los investigadores comparan los dos grupos para ver como están. | • Es el único método para establecer directamente la incidencia  • La exposición puede determinarse sin el sesgo que se produciría si ya se conociera el resultado; es decir, existe una clara secuencia temporal de exposición y enfermedad  • Brindan la oportunidad para estudiar exposiciones poco frecuentes  • Permiten evaluar resultados múltiples (riesgos y beneficios) que podrían estar relacionados con una exposición  • La incidencia de la enfermedad puede determinarse para los grupos de expuestos y no-expuestos  • No es necesario dejar de tratar a un grupo, como sucede con el ensayo clínico aleatorizado | Desventajas • Pueden ser muy costosos y requerir mucho tiempo, particular- mente cuando se realizan de manera prospectiva  • El seguimiento puede ser difícil y las pérdidas durante ese periodo pueden influir sobre los resultados del estudio  • Los cambios de la exposición en el tiempo y los criterios de diagnóstico pueden afectar a la clasificación de los individuos  • Las pérdidas en el seguimiento pueden introducir sesgos de selección  • Se puede introducir sesgos de información, si la identificación de la enfermedad puede estar influenciada por el conocimiento del estado de exposición del sujeto  • No son útiles para enfermedades poco frecuentes porque se necesitaría un gran número de sujetos  • Durante mucho tiempo no se dispone de resultados  • Evalúan la relación entre evento del estudio y la exposición a sólo un número relativamente pequeño de factores cuantificados al inicio del estudio |
| Casos y controles | Identifica pacientes que ya tienen el resultado de interés y controles sin el resultado y observamos los antecedentes para ver si ellos tuvieron la exposición de interés o no. | * **Estudios casos y controles son útiles cuando la enfermedad es rara y con baja incidencia. En tales circunstancias se prefiere en lugar de cohorte o aleatorizados.** * **También se usa cuando los resultados se esperan obtener en forma rápida y con menos costo.** * **No hay necesidad de seguimiento y no hay problemas éticos.** * **Es mejor que otros diseño de estudios en ciertas circunstancias (enfermedades raras) para estudiar causalidad.** |  |
| Serie de casos y reporte de casos | Consiste en colecciones de reportes sobre el tratamiento o de pacientes indivicuales, o reportes de un paciente. |  |  |

|  |
| --- |
| Descriptivos  1.a Estudios ecológicos : describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población  1.bTransversales : a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente  1.c Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad .  1.d Case report : un caso en particular sobre una patología poco común    Analíticos  2.a *Observacionales*  2.a.1 Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad .  2.a.2 Cohortes: con dos grupos de individuos sanos , uno expuesto a un factor y el otro no  2.b *Experimentales*  2.b.1 Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés . Ej : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo  2.b.2 Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar .  2.b.3 Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad .  3- Revisiones  3.a *No Sistemáticas:* revisión clásica o tradicional . El autor expone su experiencia , su opinión  3.b *Sistemáticas*  3.b.1 Cualitativa : Metaanálisis cualitativo  3.b.2 Cuantitativa: Metaanálisis , se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis . |

BIBLIOGRAFIA:

* ACP Journal, American College of Physicians. [www.acponline.org](http://www.acponline.org)
* Evidence bases medicine. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
* Evidencia en atención primaria, fundación MF [www.fundacionmf.org.ar](http://www.fundacionmf.org.ar)
* POEMS