



MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

21/02/2017

KARLA PATRICIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Según sus propios proponentes, la Medicina basada en evidencias tuvo sus orígenes a mediados del siglo XIX, en París, época en la que el positivismo como filosofía, que propugnaba la aplicación del método científico como fuente de cualquier conocimiento válido, cobró renovada influencia. Dentro de este contexto, no resulta sorprendente que se hubiese producido un debate filosófico y epistemológico entre los defensores de la medicina como arte y la medicina como ciencia.

Por una parte, estaban quienes entendían al médico como un artista, que debía confiar en su intuición y en su sentimiento médico al atender a un paciente. Se encontraban quienes propugnaban que la medicina fuera considerada una ciencia y por tanto defendían la necesidad de enseñar y practicar la medicina en el marco del análisis de los hechos reales, verificados por la experiencia. Según esta última, los hechos aparecen solamente luego de realizar observaciones exactas de los tratamientos, definir la enfermedad, conocer su historia natural y los efectos de los tratamientos.

El método definido, era el de las llamadas ciencias empíricas, fundado en la observación y descripción de un objeto de conocimiento (en el caso de la enfermedad, y no el enfermo), el cual es pensado como ajeno al observador (en este caso, el médico), y sobre el cual este último debe emitir un juicio racional y neutral, desprovisto de toda subjetividad.

Se sostenía en consecuencia que el médico debía ser un científico neutral con habilidades clínicas, educado y consolidando en la concepción de que el conocimiento científico solamente puede surgir a través del método científico. Estos presupuestos quedaron en la base de la formación médica, incorporándose formalmente las ciencias básicas al curriculum médico en la primera mitad del siglo XX.

Sin embargo, la concepción de la medicina como un arte, cuyas decisiones no podían ni debían estar sometidas a reglas rígidas, no desapareció ni mucho menos aunque el debate formal hubiese tenido un balance positivo para la concepción positiva. Para constatar ello, bastaría con echar una mirada a la enseñanza y práctica cotidiana de la medicina clínica, en las que la libertad clínica entendida como la libertad de los clínicos de hacer lo que en su opinión constituye lo mejor para los pacientes, sin consultarle a nadie, ni siquiera al paciente y a sus seres queridos, ni rendirles cuentas de tales decisiones, constituye todavía una de sus características medulares, lo que explica la gran heterogeneidad de los llamados actos médicos. Esta libertad clínica, cuestionada cada vez más abiertamente desde dentro de la medicina y desde fuera de ella, se funda en la convicción de que el paciente, en tanto ser humano, es diverso y que tal diversidad no puede ser reproducida a cifras exactas y a recetas inflexibles.

El concepto de MBE cuajó formalmente en la Universidad de McMaster, Canadá, a comienzos de la década 1990-1999. Aun cuando se afirme explícitamente que el objetivo primario de la Medicina Basada en Evidencias no es la contención de costos, este factor tuvo sin duda una influencia importante en su desarrollo conceptual y en su consolidación, en un contexto en el que la atención de los pacientes tenía implicancias presupuestarias cada vez más dramáticas para los propios pacientes y para los sistemas de salud.

Ya en la década de los 80s, el médico inglés Archie Cochrane había publicado un ensayo en el que resaltaba nítidamente la preocupación por los costos crecientes implicados en la

medicina clínica, lo que ponía al sistema de salud inglés en la encrucijada de reducir la gran variabilidad en las decisiones clínicas o enfrentar el incremento en los gastos solamente para constatar mínimos resultados sanitarios.

Cochrane sugirió, dentro de una concepción evidentemente positivista de la medicina que, tanto la variabilidad de la práctica clínica como la inflación, podían ser controladas por la ciencia, poniendo particular énfasis en el potencial de la medicina experimental, es decir, de los ensayos clínicos controlados. El interés por los estudios experimentales, en particular los ensayos clínicos, se explica por el desarrollo que este tipo de diseños tuvo durante el siglo XX.

En 1917, se introdujeron las primeras experiencias con técnicas de doble ciego y, en 1948, se realizaron los primeros estudios clínicos en los que se utilizó la aleatorización de sujetos como característica fundamental de los ensayos clínicos. Después del desastre de la talidomida, en 1961, como medicamento altamente teratogénico, que había sido aprobado sin una suficiente experimentación clínica, se formalizó en los Estados Unidos el uso de ensayos clínicos controlados como método para evaluar fármacos antes de hacerlos disponibles para su uso en sujetos humanos y antes de incorporarlos a un registro nacional de drogas.

En el ámbito de las políticas públicas, el movimiento de la Medicina Basada en Evidencias también fue cobrando una influencia progresiva. Un evento particularmente ilustrativo de este proceso es el reconocimiento de la necesidad de un adecuado sustento científico en el diseño y aplicación de decisiones clínicas y de salud pública. Este concepto fue recogido en el Reino Unido a raíz del informe de un comité ad hoc sobre Ciencia y Tecnología, que planteó la necesidad de readecuar el sistema de salud inglés. Así, se generó, en 1991, la estrategia nacional inglesa de investigación y desarrollo, cuyo objetivo es basarse en la investigación como fuente de información relevante que guíe las políticas de salud, la práctica clínica y la toma de decisiones para la gestión de servicios.

Tipos de estudio involucrados

1. Ensayos controlados randomizados
2. Estudios de cohorte
3. Estudios de casos y controles
4. Casos informes de un caso
5. Estudios transversales
6. Estudios observacionales

TIPOS DE SESGOS		
Sesgos de selección	sesgo de Berkson o de admisión.	Conjunto de factores selectivos que conducen a diferencias sistemáticas que se pueden generar en un estudio de casos y controles con casos hospitalarios.
	Sesgo de Neymann	Se produce cuando la condición en estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella.
	Sesgo de no respuesta	Se produce cuando el grado de motivación de un sujeto que participa voluntariamente en una investigación puede variar sensiblemente en relación con otros sujetos; ya sea por sobre o infra reporte.
	Sesgo de membrecía	Ocurre cuando entre los sujetos en estudio se presentan subgrupos de individuos que comparten algún atributo en particular, relacionado de forma positiva o negativa con la variable en estudio.
	Sesgo del procedimiento de selección	Se produce en algunos ensayos clínicos, en los que no se respeta el proceso de asignación aleatoria a los grupos en estudio.
	Sesgo de pérdidas de seguimiento	Puede ocurrir especialmente en estudios de cohortes, cuando sujetos de una de las cohortes en estudio se pierde total o parcialmente (\geq al 20%) y no se puede completar el seguimiento pre-establecido, generando de este modo una alteración relevante en los resultados.
Sesgo de información o de medición	sesgo de recuerdo o de memoria	Ocurre fundamentalmente en estudios de carácter retrospectivo en los que se estudia como posible exposición antecedentes de circunstancias acaecidas en etapas previas de la vida, en las que existe la posibilidad de olvido, en especial si las mediciones son de alta variabilidad.
	Sesgo de procedimientos	Se produce cuando el grupo que presenta la variable dependiente resulta ser más interesante para el investigador que el grupo que participa como control.
	Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento	Se produce cuando no se cuenta con métodos adecuados de recolección de datos; situación en la que la sensibilidad de los instrumentos de medición utilizados no posea la sensibilidad necesaria para poder detectar la presencia de la variable en estudio, por lo que la frecuencia de tal variable puede tener rangos de magnitud inferiores a la real.
	Sesgo de detección	Ocurre por la utilización de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente estipuladas al comienzo del estudio; lo que puede determinar incluso reclasificación o cambios de estatificación de individuos, con el subsiguiente

		cambio en el pronóstico, en especial en estudios de supervivencia.
	Sesgo de adaptación	Que se produce en estudios experimentales y cuasi experimentales, en los que los individuos asignados inicialmente a uno de los grupos en estudio deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención sobre otro.
	Sesgo de atención o efecto Hawthorne	Ocurre cuando los participantes de un estudio pueden alterar su comportamiento al saber que están siendo observados.
	Sesgo del entrevistador	se produce cuando el entrevistador no ha sido entrenado de forma adecuada y por ello puede inducir algún tipo de respuestas.
	Sesgo de obsequiosidad	Propio de entrevistados que responden lo que creen quiere escuchar el entrevistador; hecho que se puede evitar con una prolija formulación de preguntas
Sesgo de información o de medición	<p>Ocurre cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se modifica, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre la evolución del resultado en estudio.</p> <p>Afecta a todo tipo de estudios observacionales; y se puede prevenir, en la etapa del diseño del estudio; o controlar en la etapa del análisis de datos mediante la aplicación de estrategias estadísticas tendientes a obtener una estimación no distorsionada sobre el efecto en estudio.</p> <p>Ahora bien, para que se produzca un sesgo de confusión se requiere un par de condiciones, que son que la variable confundente se asocie a la exposición en estudio, pero no como resultado de esta; y que la variable confundente se asocie a la capacidad de observación de un evento de interés en ausencia de la exposición en estudio.</p>	

Bibliografía

1. Gabriel Rada G. , Luz Maria Leterier. How can an internist keep updated in the XXIst century?. Rev Med Chile 2009; 137: 701-708.
2. Germán Brito Sosa, Armando Gonzáles Capote, Pedro Cruz Rodríguez. Origen, evolución y reflexiones sobre la medicina basada en evidencias.
3. Rosa E. Jiménez Paneque. The origin, truths, fallacies of the evidence-based medicine and its acceptance in Cuba. Revista cubana de Salud Pública 2012; 38 (5): 702-713.
4. Carlos Manterola, Tamara Otzen. Los sesgos de investigación clínica. Int. J. Morphol. 33(3):1156-1164,2015.