https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSWx4Dkv-ywcBVNGg2IV3P134dWYHQG5AzHT1th0empgq9Rwk5gd99MKSbPMaría José Rubio Gtz.

Lme4029

Medicina basada en evidencias

HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La Medicina Basada en la Evidencia ha sido definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia. El avance tecnológico y la magnitud de información que actualmente un médico debe conocer para basar sus decisiones en la mejor evidencia hacen necesario que sesistematice la búsqueda, se aprecie críticamente la literatura y se aplique ese conocimiento para el logro de los mejores resultados.

En las dos últimas décadas, el desarrollo de la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), supone un replanteamiento sociosanitario acerca de los conocimientos teórico-prácticos del médico, pasando del paradigma previo basado en el conocimiento fisio-patológico, la experiencia clínica no sistemática y la intuición -el arte de la Medicina-, al actual que sin desestimar lo anterior, pone énfasis en el análisis de las evidencias (pruebas) aportadas por la investigación , la ciencia del arte de la Medicina.

A partir de 1980, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster (Ontario, Canada) se publicaron un conjunto de trabajos acerca de cómo analizar correctamente la bibliografía médica cuando se está al cuidado de paciente o se es responsable del mismo.

Al tratar de establecer un orden cronológico con los antecedentes de lo que hoy se conoce como Medicina Basada en la Evidencia, debemos diferenciar entre sus bases filosóficas, y su reciente desarrollo. Poco es lo que se conoce de sus orígenes, al decir de sus entusiastas promotores, que fueron calificados como escépticos postrevolucionarios de París de mediados del siglo XIX como Bichat, Louis y Magendie.

El aprendizaje basado en problemas se estructura en tres estadios: la identificación del problema, la búsqueda de información y la resolución del problema.

El paradigma tradicional está basado fundamentalmente en la autoridad. Se le atribuye gran importancia a las observaciones clínicas no sistemáticas (la llamada "experiencia personal"), y al estudio de los mecanismos básicos de la enfermedad. El "nuevo paradigma" le atribuye un alto valor a la experiencia clínica, pero interpreta con cautela la información derivada de las observaciones clínicas no sistemáticas.

Una concepción errónea acerca de la Medicina Basada en la Evidencia es que se trata de un medio utilizado por los administradores de salud para la reducción de costos. Si bien en ocasiones las medidas de mayor efectividad clínica comprobada tienen un costo menor que otras más difundidas, frecuentemente la situación es opuesta.

Se ha considerado que existen barreras para la aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia, algunas de estas "barreras" son:

Desconocimiento: La ignorancia por parte del médico de la existencia de evidencia acerca de determinadas intervenciones depende en parte de fallas en la educación médica. La educación médica de pregrado se basa, aún en gran parte en un principio de autoridad, “la opinión de los expertos”. Este patrón no ayuda a desarrollar la habilidad de juzgar el conocimiento nuevo. Los programas de educación de postgrado en algunos casos repiten este defecto y otros intentan técnicas nuevas que han mostrado escasa eficacia.

Inadecuado control por los pares y la sociedad: Programas de certificación y recertificación adecuados funcionarían seguramente como estímulo en la formación del médico.

Limitaciones económicas: En algunos contextos es frecuente que limitaciones económicas (falta o insuficiencia de cobertura médica) generen groseras diferencias entre la ciencia médica y la práctica clínica.

Intereses personales: En algunos sistemas de salud, el afán de lucro puede influir en las decisiones médicas y alejar la práctica clínica de la evidencia disponible. Puede manifestarse como exceso o carencia de intervenciones médicas

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de sesgo | Descripción |
| Sesgos de selección |  |
| Sesgo de Neymann | Se produce cuando la condición en estudio determina perdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella. |
| Sesgo de Berkson | Fue descrito en 1946 a partir de la existencia de asociación negativa entre cáncer y tuberculosis pulmonar. El estudio reporto baja frecuencia de pacientes cancerosos con antecedentes de tuberculosis, comparados con los sujetos controles. |
| Sesgos de no respuesta o efecto del voluntario | El grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación pueda diferir sensiblemente en relación con otros sujetos. Al igual, la negatividad de algunos sujetos para ser incluidos en un estudio pueda estar dada por motivaciones sistemáticas experimentadas por ellos. |
| Sesgos de membresía | Se produce cuando uno de los sujetos evaluados subgrupos de sujetos que comparten algún atributo en particular , relacionado positiva o negativamente con la variable del estudio |
| Sesgos de procedimientos de selección | Puede observarse en diseños de investigación experimentales, en los cuales no se respeta el principio de aleatoriedad en la asignación a los grupos de experimentación y de estudio. |
| Sesgos de medición |  |
| Sesos de procedimientos | El grupo que se presenta la variable dependiente resulta ser más interesante para el investigador que el grupo que participa como control. Por esta circunstancia ene l procedimiento de encuestaje, estos sujetos puedan concitar mayor precaución e interés por conseguir la información. |
| Sesgos de memoria | Frecuente de observar en estudios retrospectivos, en los cuales se pregunta por antecedente de exposición a determinadas circunstancias en diferentes periodos de la vida, existiendo la posibilidad de olvido. |
| Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento | Si no se cuenta con adecuados métodos de recolección de la información, es posible que la sensibilidad de los instrumentos empleados en tales mediciones carezca de la sensibilidad necesaria para poder detectar la presencia de la varibale. |
| Sesgo de detección | Su ocurrencia se explica por la introducción de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo de un estudio. |
| Sesgo de adaptación | Se produce especialmente en estudios de intervención (experimentales o cuasi-experimentales), en los cuales individuos asignados inicialmente a un grupo particular deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención por sobre otro. En un ensayo clínico controlado la ocurrencia de este tipo de sesgo se neutraliza mediante la asignación aleatoria de los sujetos a los diferentes grupos de intervención y por la presencia del llamado "doble ciego" |

Bibliografías

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntrod4.htm>

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582003000500003&script=sci_arttext>

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n2/v20n2tr1.pdf>