

“UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR”



Alumno: Iván Daniel Ruvalcaba Ornelas

8° semestre

Materia: 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 sistematice la búsqueda, se aprecie críticamente la literatura y se aplique ese conocimiento para el logro de los mejores resultados. Medicina Basada en la Evidencia ha sido definida como un proceso que consiste en la incorporación de la mejor evidencia dentro de la práctica médica diaria.

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 fisiopatológico, 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, Canadá) 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

Dentro del proceso de Medicina Basada en la Evidencia se reconocen al menos 4 pasos que aseguran su logro, 1) debe existir la necesidad de obtener información y esa necesidad debe ser transformada en una pregunta, 2) se debe realizar una búsqueda bibliográfica siguiendo una estrategia, 3) se debe apreciar críticamente la bibliografía encontrada, de manera tal que permita determinar su validez y utilidad y 4) se deben aplicar los resultados de este proceso en la práctica diaria.

TIPOS DE ESTUDIO QUE SE UTILIZAN EN MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA:

1. **ESTUDIOS DESCRIPTIVOS:** Los estudios descriptivos pueden mostrar posibles asociaciones entre una enfermedad o trauma y las variables específicas, pero no pueden demostrar la relación causa-efecto; son de

utilidad para desarrollar hipótesis de investigación que deben ser probadas de manera experimental.

Un ejemplo de los que se utilizan son:

- Reporte de casos y de serie de casos.
- Estudios correlacionales.
- Estudios de corte transversal.

2. **ESTUDIOS ANALITICOS:** Permiten análisis estadísticos y pruebas de hipótesis, son diseñados para comparar la exposición a factores de riesgo y la enfermedad; las conclusiones obtenidas de los estudios analíticos tienen importancia clínica y estadística. Se pueden dividir en dos tipos: estudios de cohorte y estudios experimentales; en los estudios de cohorte el investigador no manipula las condiciones del grupo investigado; y los estudios clínicos experimentales, los investigadores tienen un papel activo y pueden manipular las condiciones del grupo y luego observan los resultados; dentro de este tipo de estudios se encuentran los siguientes:

- Estudios de casos y controles.
- Estudios de cohorte prospectivos.
- Investigación de resultados.
- Estudios de intervención.

TIPO DE SESGO	DESCRIPCIÓN
SESGOS DE SELECCIÓN	
Sesgo de Neymann	Se produce cuando la condición en estudio determina pérdida 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 reportó 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	
Sesgos 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 en el 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 variable.
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.

BIBLIOGRAFÍA

- Magala Rodríguez, G., & Sánchez Mejía, A. (2014). Medicina basada en evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación. *Rev. Médica Hered*, 103-109.
- Ortiz, Z., García Diéguez, M., & Laffaire, E. (02 de Noviembre de 2012). ACA. Academia de medicina. Recuperado el Agosto de 2016, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/medicinabasadaenlaevidencia_1.pdf
- Rico Claros, J. A. (2012). VALORACIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y HACIA DONDE NOS DIRIGE. *REV. MEDICA HONDURAS*, 23-29.
- Sánchez Lara, K., Sosa Sánchez, R., & Motola Cuba, D. (2014). Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana. *Medigraphic*, 9-13.