



Hinojosa Ruiz Juan Antonio

LME4167

25/08/16

Actividad preliminar

HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La comunidad médica siempre se ha interesado y esforzado por ofrecer lo mejor a sus pacientes. Sin embargo, a lo largo de la historia, la práctica clínica ha sido fundamentalmente empírica, basada en conocimientos anatómicos y fisiopatológicos, así como en el sentido común, pero con postulados no siempre contrastables o reproducibles. La aplicación de métodos objetivos o sistemáticos para evaluar los resultados de las diferentes actuaciones es relativamente reciente. A finales del siglo XVIII Pierre Louis utilizó por primera vez un 'método numérico' para cuantificar la eficacia de las sangrías en pacientes con neumonía, erisipela y faringitis, sin encontrar diferencias respecto a otras terapias. En 1834 creó un movimiento denominado 'Médecine d'observation' que contribuyó a la erradicación de tratamientos inútiles, como las sangrías. Por primera vez se contraponía la observación, la cuantificación y/o la medición cuidadosa de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad al método deductivo e intuitivo imperante hasta el momento, para generar conocimiento válido. No obstante, no fue hasta bien entrado el siglo XX, con la introducción y la progresiva aplicación del método científico, cuando comenzó a desarrollarse un tipo de medicina rigurosa, que trataba de basarse en pruebas objetivas, contrastables, reproducibles y generalizables. Los factores que propiciaron este cambio fueron el importante desarrollo de las ciencias básicas, que aportaban nuevos conocimientos relevantes, y el interés por la aplicación clínica de estos conocimientos. Se comenzaron a cuestionar y a someter a examen intervenciones sanitarias de uso sistemático, aunque de dudosa eficacia. Aún hoy se calcula que el 20-30% de las prácticas habituales son empíricas y no se ha evaluado su fundamento científico. Las fuentes de autoridad tradicional, basada en el prestigio personal, el sentido común, la experiencia personal y profesional o la tradición, se han visto progresivamente desplazadas por la evidencia proporcionada por la aplicación rigurosa del método científico mediante la investigación. En la década de 1980 surgió la epidemiología clínica, centrada en el estudio de los efectos y de los determinantes de las decisiones clínicas. La expresión 'medicina basada en la evidencia' (MBE) fue utilizada por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el ACP Journal Club. En 1992 se constituyó el primer grupo de trabajo en MBE en Canadá. El antiguo paradigma, que confiere un gran valor a la autoridad científica tradicional y al cumplimiento de los enfoques estándar, se ve desplazado por un nuevo paradigma que reduce, aunque no anula, el valor de la autoridad, y se basa, además, en la comprensión de las evidencias científicas. Esta filosofía pretende aumentar la efectividad y calidad, no sólo de la práctica asistencial, sino también de la docencia y de la organización de los servicios sanitarios. No supone ninguna revolución conceptual, sino un proceso de síntesis, difusión y aplicación eficiente de principios elaborados durante muchos años previos en la medicina occidental, y que ya habían tenido una considerable expansión antes de que se estableciera la MBE como un movimiento estructurado. Desde entonces, la producción científica en torno a la MBE ha sido muy prolija, y ha pasado de siete referencias en Medline en enero de 1993 a más de 2.500 en 2004.

Objetivos de la medicina basada en evidencias

1. Evaluación de la literatura médica: Debido al gran número y crecimiento exponencial de las publicaciones, además de su calidad, muchas veces perjudicada por fallas estadísticas y referencias inadecuadas, los resultados de determinado trabajo deben ser analizados, en relación con su validez, importancia y aplicación.

2. Reducción del margen de error: Deriva de acciones fundamentales en evidencias externas, las cuales sufrieron análisis estadísticos depuradores. Los criterios clínico-epidemiológicos y los datos estadísticos contribuyen a fortalecer las evidencias externas.

3. Sistematización de la educación continuada: Debido a la facilidad de acceso a las informaciones y los criterios utilizados para seleccionarlas, la actualización de los conocimientos es un proceso dinámico que tiene 3 requisitos básicos:

el reconocimiento de la necesidad de informaciones, la obtención de las mismas y la determinación de su valor científico.

4. Limitación del autoritarismo: En la enseñanza y en la práctica médica, además del estímulo a la iniciativa y la creatividad personal proporcionada por el ejercicio de la medicina basada en evidencias, la experiencia es válida cuando está sostenida en evidencias.

5. Racionalización de los costos: La disminución de los errores y el aumento de la calidad asistencial son importantes factores en la reducción de los costos.

6. Humanización de la relación médico-paciente: El exigir la formulación precisa del problema, lo cual requiere de un interrogatorio minucioso y un examen físico completo, determinando con exactitud todos los problemas del paciente incluidos los psicológicos, familiares y sociales, ayuda a la evaluación y tratamiento de todas las necesidades de salud del paciente, no sólo las biológicas.

Tipos de estudio

Descriptivos

A- Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población. Ej: edad y accidentes de tránsito

B- Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente . Ej: Prevalencia de Tabaquismo en la Población Universitaria de Corrientes

C- Serie de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.

Analíticos

A-Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.

B-Cohortes: con dos grupos de individuos sanos , uno expuesto a un factor y el otro no

Experimentales

A- Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés . Ej : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo

B- Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar. Ej : Ensayos de vacunas

C- Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad. Ej : enfermedades por condiciones sociales .

Revisiones

A- No Sistemáticas: revisión clásica o tradicional . El autor expone su experiencia , su opinión

B- Sistemáticas

C- Cualitativa : Meta análisis cualitativo

D- Cuantitativa: Meta análisis , se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.

SESGOS

Un sesgo es un error que se comete de forma sistemática, en los estudios epidemiológicos que tiene como consecuencia la estimación errónea de la asociación entre la exposición y el efecto. Los errores sistemáticos se cometen en cada uno de las mediciones realizadas en los individuos de estudio y se producen siempre en la misma dirección.

En investigación, se pueden cometer sesgos que invalidan, o desvían de los verdaderos resultados obtenidos. Podemos cometer sesgos en todas las fases de la investigación.

TIPOS DE SESGOS	CARACTERISTICAS
Sesgos de selección	Los individuos pertenecientes a los grupos de estudio no reflejan las características de la población de la que Proceden.
Sesgos de información o clasificación	Se cometen cuando los individuos participantes en el estudio están incorrectamente clasificados en el grupo de expuesto/no expuesto o de Enfermo/sano.
Sesgo de confusión	Una variable de confusión es una variable asociada con el efecto o enfermedad que estamos analizando; esa variable, por si misma, de forma independiente a otras variables analizadas en el estudio, es responsable de un número determinado en casos del efecto.

Bibliografía

- <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eos121b.pdf>
- <http://www.intermedicina.com/Guias/Gui014.htm>
- [Una introducción a los conceptos de Medicina Basada en la Evidencia. Disponible en:URL: http://www.medconsultas.com/art/mbe.htm \[citado en 2000\].](http://www.medconsultas.com/art/mbe.htm)