

UNIVERSIDAD LAMAR



ACTIVIDAD PRELIMINAR: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

FLORES RAMIREZ MARIA DE LOS ANGELES

LME4189 8B

25 DE AGOSTO 2016

DR. JORGE

HISTORIA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

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. Respecto de la historia más reciente debemos hacer referencia a la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá. Esta referencia es de suma importancia pues lo novedoso de la propuesta educativa que esta Universidad ha comenzado a desarrollar a fines de la década del '60, es su orientación comunitaria centrada en las personas, interdisciplinaria y con aprendizaje basado en problemas. Este tipo de aprendizaje intenta que el profesional a partir de la problemática del caso rastree los elementos de conocimiento necesarios para comprenderlo en el contexto en que se presentan en la realidad. El aprendizaje basado en problemas se estructura en tres estadios: la identificación del problema, la búsqueda de información y la resolución del problema. Más adelante veremos la estructura de la Medicina Basada en la Evidencia y podremos compararla con la del aprendizaje basado en problemas. Esta reforma en educación médica pone énfasis en perspectivas poco exploradas en los modelos clásicos como son la exposición temprana a problemas clínicos, el aprendizaje de las ciencias básicas y clínicas en un mismo tiempo, el desarrollo de habilidades clínicas, de comunicación, y preocupación comunitaria, el aprendizaje de conceptos de epidemiología clínica, bioestadística y ética, el aprendizaje en pequeños grupos y la introducción de múltiples evaluaciones para planear correcciones en cualquier momento del proceso educativo. La creación de esta Escuela de Medicina nos acerca a uno de los pioneros en el aprendizaje y práctica de la Medicina Basada Evidencia, David Sackett. Este médico estadounidense procedente de un pequeño pueblo rural al oeste de Chicago, que recibió su primer entrenamiento en la Universidad de Illinois y comenzó su carrera como investigador clínico y básico en nefrología detectó la importancia de la epidemiología y las estadísticas mientras servía en las fuerzas armadas durante la crisis de los misiles en Cuba. Posteriormente graduado con honores en la Escuela de Salud Pública de Harvard fue convocado por John Evans en 1967 a McMaster para comenzar a desarrollar el Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Entre las muchas iniciativas que ha promovido en la investigación médica canadiense se incluye la Task Force on Periodic Health Examinations de amplia repercusión mundial al resaltar el énfasis en la prevención basada en la evidencia. A los 49 años, Sackett decidió entrenarse en Medicina General para poder aplicar sus predicas a la practica diaria y actualmente se desempeña como consultor general del Hospital John Radcliff y Director del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia del Instituto Nacional de la Salud Ingles en Oxford. En la búsqueda de la mejor evidencia se debe mencionar al entusiasta epidemiólogo Archie Cochrane, fallecido en 1988, quien preocupado desde la década del '70 al reconocer que los recursos de salud son siempre limitados sugirió que la efectividad. de las prácticas relacionadas a la salud debe ser juzgada sobre la base de las pruebas procedentes de trabajos controlados.

En 1978 escribió sobre su preocupación por la falta de resúmenes o revisiones que agrupen este tipo de trabajos. Sus ideas guiaron a un grupo de investigadores de Oxford, Iain Chalmers entre otros, para trabajar desde fines de la década del '70 en la construcción de una base de datos con revisiones sistemáticas de trabajos controlados y randomizados. Así en 1989 se publicó el libro "Effective Care in Pregnancy and Childbirth". Este esfuerzo se terminaría convirtiéndose en la Colaboración Cochrane fundada en 1992. La Colaboración Cochrane inicialmente con base en Oxford es una organización internacional que busca ayudar a quienes necesitan tomar decisiones bien informadas en atención de salud. Esta organización prepara, actualiza, promueve y facilita el acceso a las revisiones sistemáticas sobre intervenciones en salud. Sus acciones se basan en ciertos principios claves que incluyen la colaboración, basar su desarrollo en el entusiasmo individual, evitar la duplicación de esfuerzos, minimizar el sesgo, promover la actualización permanente, hacer un marcado esfuerzo en producir material relevante, promover un amplio acceso y asegurar la calidad permaneciendo abiertos y sensibles a las críticas. Con Centros diseminados por el mundo ha dado a luz a The Cochrane Library, obra de edición periódica en soporte electrónico que contiene el trabajo de grupos de revisores, así como a una intensa difusión vía Internet. Estos esfuerzos han llevado a una expansión en el desarrollo de meta-análisis en los últimos 10 años.

El paradigma tradicional está basado fundamentalmente en la autoridad. Se le atribuye gran importancia a las observaciones clínicas no sistemáticas, 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. La Medicina Basada en la Evidencia no pretende reemplazar la utilidad de la experiencia médica, por el contrario la considera imprescindible para llevar a cabo sus postulados. Debe existir un vínculo entre la evidencia publicada y el paciente concreto. Y este vínculo es el sentido común y la experiencia del médico. Algunos han identificado estos polos como el arte y la ciencia en el ejercicio de la medicina.

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. Los médicos que practican la Medicina Basada en la Evidencia intentarán aplicar las medidas de mayor efectividad clínica en beneficio de sus pacientes.

A pesar de la difusión creciente de la Medicina Basada en la Evidencia y su racionalidad evidente, se constata que la práctica clínica con mucha frecuencia está distanciada de lo que se considera la mejor evidencia disponible. 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 medicas y alejar la practica 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 la 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 estudios

1- Descriptivos

- Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población.
- Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente.
- Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.
- Case report: un caso en particular sobre una patología poco común.

2- Analíticos

- Observacionales
- Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.
- Cohortes: con dos grupos de individuos sanos, uno expuesto a un factor y el otro no.

Experimentales:

- Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de

interés. Ej : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo.

- Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar. Ej : Ensayos de vacunas.
- Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad. Ej : enfermedades por condiciones sociales .

3- Revisiones:

- No Sistemáticas: revisión clásica o tradicional. El autor expone su experiencia , su opinión.
- Sistemáticas
- Cualitativa: Meta-análisis cualitativo.
- Cuantitativa: Meta-análisis, se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.

SESGOS

Un sesgo es un error que cometemos, 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 la verdad, los resultados obtenidos. Podemos cometer sesgos en todas las fases de la investigación. Existe un amplio listado de ellos que podemos resumir en:

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.
--	--

Referencia Bibliográficas

Sackett D, HaynesRB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología clínica: ciencia básica para la medicina clínica. 2ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 1991.

Una introducción a los conceptos de Medicina Basada en la Evidencia. Disponible en: URL: <http://www.medconsultas.com.art/mbe.htm> [citado en 2000].

Mauricio Hernández Avila, Ph.D., Francisco Garrido, M.C., M. en C., Eduardo Salazar-Martínez. Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México.

<http://ocw.usal.es/ciencias-biosanitarias/epidemiologia-general-y-demografia-sanitaria/contenidos>; Epidemiología General y Demografía Sanitaria; Prof. Luis F. Valero Juan.