



Alvarez Casillas Isela LME4267

Historia de la medicina basada en evidencias.

Durante el reinado del Emperador Qianlong en China (Siglo XVIII), se desarrolló una metodología para interpretar los textos antiguos de Confucio, llamada “kaozheng”, que traducido significa “practicando investigación con evidencias. Fue hasta 1952 que apareció el primer ensayo clínico aleatorio publicado en el British Medical Journal constituyendo un punto de cambio fundamental en el desarrollo del razonamiento biomédico, que permitió cuantificar la eficacia real y la seguridad de las intervenciones preventivas, diagnosticas o terapéuticas, así como la formación de opiniones sobre el pronóstico. El ensayo clínico fue el punto de partida para el desarrollo de múltiples técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y la epidemiología. Sin embargo, fue necesario que transcurrieran años, para que estos criterios se incorporaran eficazmente al campo de la epidemiología clínica. A finales de la década de los 70 varios epidemiólogos clínicos entre los que se destacan Sackett, Haynes y Tugwell, se esforzaban por integrar los datos de la investigación clínica a la toma de decisiones en la práctica médica; en los 80 aparecieron las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas médicas y fue así que en 1990 en la Universidad de McMaster en Canadá, G. Guyatt acuñó el término “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE) dando un nuevo enfoque a la docencia y práctica de la medicina y resaltando la importancia del examen crítico de las pruebas o “evidencias” procedentes de la investigación. La MBE generó una fuerte polémica entre los defensores de la nueva postura y de la “medicina tradicional”; para los primeros fue un nuevo paradigma el ejercicio de la medicina y una filosofía de la práctica y la docencia clínica, con este enfoque ya no bastaría sólo la experiencia, sino que era obligatoria la evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas. Los detractores lo consideraron como una exageración, la “deshumanización” de la medicina, la transformación de los clínicos destruyendo así la relación medico paciente. La MBE propone como mayor grado de evidencia a las revisiones sistemáticas (RS) el meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados. Si bien la evidencia se considera siempre necesaria, existen otros factores a considerar al tiempo de tomar decisiones, lo que nos lleva a la segunda propuesta de la MBE: el uso de la evidencia debe ser explícito y juicioso. La aplicación indiscriminada de evidencia sería en extremo peligrosa, pero la integración con criterio de la evidencia con otros factores determinantes, permitirán a nuestros pacientes beneficiarse de la mejor decisión.

La MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales pruebas en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada individuo, no sólo sobre su enfermedad o proceso, comprendiendo desde la realización de diagnósticos precisos, atención eficiente y la identificación y consideración de los principios, preferencias y derechos de los pacientes

Tipos de estudio en medicina basada en evidencia.

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. Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.
- d. Case report : un caso en particular sobre una patología poco común

Analíticos

- a. Observacionales
- b. Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.
- c. Cohortes: con dos grupos de individuos sanos , uno expuesto a un factor y el otro no
- d. Experimentales
- e. Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés .Ej. : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo
- f. Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar. Ej : Ensayos de vacunas
- g. 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, o 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.

Tipos de sesgos y sus diferencias.

Sesgo: Error sistemático de un estudio de investigación. Los tipos principales de sesgo de selección (cualquier error que surge en el proceso de identificación de la población del estudio.

Sesgo de observación o información.	Error sistemático en la medición de la información acerca de resultados.	
Sesgo de selección.	Artículos incluidos para realizar un meta-análisis.	
Sesgo de recuerdo.	Tipo de sesgo de información.	Se observa cuando los sujetos del estudio expuestos a un factor de riesgo o que tengan un evento adverso recuerdan sus experiencias de una manera sistemáticamente diferente de los que no están expuestos o no padecen el evento adverso.
Sesgo de publicación.	Tendencia de las revistas científicas a publicar artículos con resultados positivos.	Este tipo de sesgo puede ser un problema principalmente en un meta-análisis si no se realiza una búsqueda exhaustiva, en la cual incluyan los estudios no publicados.

Bibliografía.

1. Guyatt GH et al . "Evidence Based Medicine "Evidence Based Medicine Working Group . JAMA 1993; 270
2. Gehlbach S. " Interpreting the Medical Literature ". Third Edition . McGraw-Hill,INC 1993
3. Sackett D, Haynes B, Guyatt G, Tugwell P. "Epidemiología Clínica "Ciencia básica para la Medicina Clínica . Segunda Edición . Panamericana . 1996
4. Karla Sanchez Lara, Daniel Motola Kuba.Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana.Artículo de revisión. Medigraphic,Vol. 14, 2008.