

universidad Guadalajara lamar

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS



Enero de 2017

eDITH EILEEN CERVANTES FLORES

Médico Preinterno de Pregrado / Hospital General de Occidente

Docente: Dr. Hugo Francisco Villalobos Anzaldo

ACTIVIDAD PREELIMINAR

**HISTORIA DE LA MBEaa**

El término de “medicina basada en evidencias” (MBE) fue acuñado en la Escuela de Medicina McMaster en Canadá para definir una estrategia de aprendizaje desarrollada en esa escuela. Esta técnica pretende diseñar la forma más juiciosa y científica de obtener la mejor evidencia publicada en la literatura médica para apoyar las decisiones médicas que se toman ante el paciente individual.

De acuerdo a Davidoff y cols. la MBE se basa en cinco ideas fundamentales: primero, las decisiones clínicas deben de basarse en la mejor evidencia científica disponible; segundo, el problema clínico debe determinar el tipo de evidencia que se busca; tercero para identificar la mejor evidencia deben de usarse criterios epidemiológicos y bioestadísticos; cuarto, las conclusiones que se obtengan del análisis de la evidencia serán útiles sólo si se aplican a los pacientes o para decisiones del cuidado de la salud y finalmente su práctica debe ser constantemente evaluada. Como se verá, es claro que la idea central de “evidencia” es sólo aquella investigación que esté fundamentada en criterios epidemiológicos y bioestadísticos y ésta deberá ser aplicada directamente al paciente.

En 1753 Lind demostró el beneficio de comer naranjas y limones para curar el escorbuto, en un estudio clínico de 12 pacientes. La investigación clínica se desarrollaba lentamente, hasta dos siglos después en que apareció, en 1952, en el *British Medical Journal,* el primer ensayo clínico randomizado. Desde entonces la investigación clínica mantiene un crecimiento permanente, como describió el Dr. V. Valdivieso en esta revista.

A fines de los 70 varios epidemiólogos clínicos, entre los que destacan D. Sackett, B. Haynes y P. Tugwell, se esforzaban por integrar la investigación clínica a la toma de decisiones para los pacientes. En la década del 80 aparecieron en el *Canadian Medical Association Journal* las primeras publicaciones orientadas a revisar críticamente estudios publicados en revistas médicas. En 1990, G. Guyatt acuñó el término «Medicina Basada en Evidencia» (MBE) en un documento informal destinado a los residentes de Medicina Interna de la Universidad de Mc Master, en Canadá. En 1992, el JAMA inició la serie de artículos «Users' Guides to the Medical Literature», iniciativa liderada por el Dr. Guyatt y epidemiólogos clínicos de universidades norteamericanas y europeas.

Posteriormente, el término MBE fue ampliado para incluir otras especialidades médicas y no médicas que inciden en el cuidado de pacientes, denominándose «Evidence Based Health Care» (EBHC), que algunos traducen como «Cuidados de Salud Basados en Evidencia» o «Atención de Salud Basada en Evidencia»; estas traducciones no han logrado aceptación general, por lo que seguiremos usando el término MBE, para referirnos a la EBHC.

La EBHC ha tenido impacto en sistemas de salud de países como Inglaterra y Canadá, que incorporaron los principios de la EBHC en sus políticas de salud y financian centros de estudios como el *National Institute of Clinical Evidence* (NICE) para desarrollar investigación en esta área.

**Tipos de estudios**

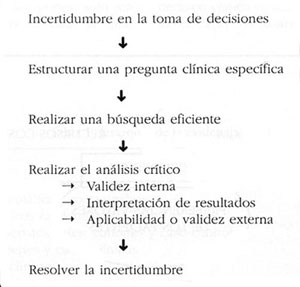
|  |
| --- |
| **1-**      **Descriptivos**  1.1 Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población. Ej.: edad y accidentes de tránsito  1.2 Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente. Ej.: Prevalencia de Tabaquismo en la Población Universitaria de Corrientes  1.3 Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.  1.4 Caso reporte: un caso en particular sobre una patología poco común  **2-**      **Analíticos**  2.1 *Observacionales*  2.1.1 Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.  2.1.2 Cohortes: con dos grupos de individuos sanos , uno expuesto a un factor y el otro no  2.2 *Experimentales*  2.2.1 Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés. Ej.: grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo  2.2.2 Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar. Ej.: Ensayos de vacunas  2.2.3 Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad. Ej.: enfermedades por condiciones sociales.  **3-**      **Revisiones**  3.1 *No Sistemáticas:*revisión clásica o tradicional. El autor expone su experiencia , su opinión  3.2 *Sistemáticas*  3.2.1 Cualitativa : Metaanálisis cualitativo  3.2.2 Cuantitativa: Metaanálisis, se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.    **Clasificación y jerarquía de acuerdo al nivel de evidencia**  http://www.scielo.cl/fbpe/img/rmc/v131n8/tabpag940.jpg    1-     Caso clínico  2-     Serie de Casos  3-     Transversales o Ecológicos  4-     Casos y Controles  5-     Cohortes  6-     Ensayo Clínico No Controlado  7-     Ensayo Clínico Controlado  8-     Revisiones Sistemáticas |

**Tipos de sesgos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesgo de selección** | Distorsión de un análisis estadístico, que ocurre como resultado del método de recolección de muestras o la forma errónea en que fueron seleccionados los sujetos de estudio. |
| **Sesgo de información** | Errores que se introducen durante la medición de los eventos de interés en la población de estudio, que se presentan si esta medición se realiza de manera distinta entre los grupos que se comparan y como resultado de esto se llega a una conclusión errónea. |
| **Sesgo de confusión** | Distorsión debida a que el efecto del factor de estudio está mezclado con los efectos de otros factores al de interés. |

**¿Cómo practicar la MBE?**

Practicar la MBE sólo tiene sentido en relación con una situación clínica que genere incertidumbre respecto a cuál es la mejor decisión clínica. Requiere de algunas habilidades, pero, en contra de lo que muchos piensan, no necesitamos ser expertos en bioestadística.



**Actualmente la MBE se desarrolla en tres niveles:**

1. Quienes *generan*evidencia son aquellos que realizan investigación clínica, sea ésta primaria como reporte de casos, estudios observacionales y ECRs; o la llamada investigación secundaria como son las RSs o las guías de práctica clínica (GPC). En todas ellas la MBE contribuye a mejorar la calidad de estos estudios.

2. Quienes *practican*la MBE son aquellos que realizan el proceso completo de la MBE. Esta práctica permite al clínico resolver las incertidumbres de su quehacer diario, las que pueden ser posteriormente aplicadas a otras situaciones similares. También el proceso puede ser resumido y difundido para ser utilizado por otros.

3. Quienes *usan*la MBE son aquellos que, estando de acuerdo con utilizar la MBE para tomar decisiones, no tienen las herramientas o el tiempo suficiente para realizar el proceso completo, utilizan en cambio evidencia ya filtrada y analizada por quienes practican la MBE.

Bibliografías:

* <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000800016&script=sci_arttext>
* <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/10/U2_comple_sanchezm_epiclin.pdf>
* <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>
* <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eos121b.pdf>
* <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v49n2/cir14210.pdf>
* <http://www.intermedicina.com/Guias/Gui014.htm>
* <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2004/am044j.pdf>
* <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/10/U5_compl_delaguardia_epiclin.pdf>