

Universidad Del Sureste

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

CATEDRATICO: DR. MAZA PASTRANA
HUGO BALLARDO

Alexis Fernando Cancino Dominguez

“Importancia de Medicina Basada en evidencias”

SEMESTRE: 8

GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a de AGOSTO 2020.

INTRODUCCION

En la vida diaria como médicos es importante el saber donde obtener información verídica, en medicina hay una amplia gama de información en todos los aspectos sin mencionar a raíces de otras ciencias que están en el área de la salud.

Empresas, mercaderes, medicina empírica y botánica. LA medicina es una ciencia que ha pasado de muchas generaciones y es tan antigua que ha existido desde épocas muy antiguas y está cada vez se va investigando muchas cosas más.

Con base a que la medicina tiene muchas ramas y tiene muchas historias, de igual manera cada vez se va investigando as y más acerca del cuerpo humano y de las patologías que este presenta, nuevas patologías nos acechan día con día, nuevos tratamientos y la epidemiología de esto.

Es importante que un médico este siempre actualizado y saber de los pormenores que está pasando por el mundo.

Más que nada es impórtate saber de dónde obtener información de igual manera en la vida diaria es de suma importancia la investigación que debemos obtener de nuestros pacientes.

La materia es de suma importancia ya que se llevará a cabo día tras día en nuestra vida como médicos.

Este trabajo habas más de la importancia que tiene la Medicina Basada en Evidencias.

El *origen filosófico* de la esta nueva tendencia se remonta a mediados del siglo XIX y tiene en Paris, con sus escépticos post-revolucionarios (Bichat, Magendie, etc.)³ su punto de

partida. El nuevo paradigma que esta nueva corriente impone se sustenta en una concepción de la medicina teórica basada en la experimentación y una medicina práctica basada en la verificación o validación. Hasta llegar a este nuevo paradigma la ciencia médica tuvo que recorrer un largo camino. Desde la perspectiva Aristotélica y su ulterior influjo, que discernía entre saber especulativo (universal, cierto) y saber práctico (particular, probable), hasta la concepción imperante a partir del siglo XVII de una medicina teórica basada en la experimentación y una medicina práctica sustentada por la extrapolación.

Para la medicina Aristotélica, el conocimiento en la práctica médica no puede ser nunca cierto sino sólo probable, entendiendo como probabilidad aquella opinión (*doxa*) que defienden las gentes más sabias y expertas (probabilidad subjetiva de hoy en día). La toma de decisiones en esta línea de pensamiento está condicionada por la autoridad de quienes defienden una postura y, por tanto, no con la evidencia sino con la intención.⁴ Con la llegada del siglo XVII Bernoulli elabora la teoría matemática de las probabilidades (probabilidad objetiva), que sustituye la idea de certeza por la de probabilidad. Con este nuevo teorema, se hizo frente a dos cuestiones preocupantes desde la Edad Media: 1. ¿Cuál era la postura a tomar, cuando dos opiniones opuestas estuvieran defendidas exactamente por el mismo número de personas sabias (equiprobabilismo)?; 2 ¿Podría ser admitida como válida sobre un tema concreto, la opinión de un solo autor sabio y experimentado? Frente a la primera cuestión se admitía, que ambas opiniones, a pesar de ser opuestas, podrían ser válidas. Para el segundo interrogante, también se consideraba que la opinión de un único sabio, debería ser considerada como prudente. La teoría de la probabilidad objetiva permitió calibrar el nivel de certeza, asignándole un valor objetivo (50%, 1%, etc.) de posibilidades de veracidad. A partir de este momento, la ciencia empírica o experimental dejó de ser un saber deductivo, para convertirse en inductivo, naciendo lo que Claude Bernard llamó medicina experimental.⁴

El gran inconveniente de esta línea de pensamiento deriva del hecho de que el saber práctico se adquiría exclusivamente por extrapolación del conocimiento teórico o experimental. Un error teórico (la barrera placentaria es impermeable a los medicamentos), conllevó por extrapolación los perniciosos efectos de la talidomida en miles de recién nacidos.⁴

Con la llegada del siglo XX la medicina experimental se hizo más humilde, comenzando a ganar peso, lo que se denominó investigación clínica, sustituyéndose los conceptos de analogía y extrapolación por los de verificación y evidencia. Los ensayos clínicos, la epidemiología clínica y el desarrollo de Internet fueron las herramientas que fomentarían, el cuerpo doctrinal de lo que hoy conocemos como MBE.⁵

Desde un punto de *vista tecnológico*, un poderoso germen del ulterior desarrollo de la MBE fue la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá. A finales de los años sesenta se comenzó a desarrollar en esta Universidad, un programa educativo interdisciplinario centrado en la resolución de problemas individuales.⁶ Este tipo de aprendizaje desarrolla, como después veremos, una metodología muy similar a la propia de la MBE: identificación del problema, búsqueda de información sobre el mismo, y resolución del problema en consonancia con la información recogida. Figura clave en el desarrollo de esta Escuela de Medicina, y uno de los pioneros en la divulgación y práctica de la MBE, fue el estadounidense David Sackett, quien

enfaticó sobre la importancia de la epidemiología y el conocimiento estadístico, antes de aplicar sus teorías en el ejercicio de la práctica médica, siguiendo la corriente de la MBE. Otra figura trascendente de este nuevo paradigma fue el epidemiólogo británico Archie Cochrane, quien preocupado por la falta de trabajos controlados sobre la práctica médica, impulsó a un grupo de investigadores de la Universidad de Oxford, entre otros a Iain Chalmers, hacia la elaboración de una base de datos que recogiera revisiones sistemáticas de trabajos controlados y randomizados, de donde se originaría lo que actualmente se conoce como Colaboración Cochrane (con centros diseminados por todo el mundo)⁷⁻⁹ y también *The Cochrane Library*, obra de edición periódica en soporte electrónico de amplia difusión por Internet, en la que se recoge el trabajo de diferentes grupos de revisores e interesantes metaanálisis. Las ventajas de la MBE deben contemplarse desde una triple perspectiva: ventajas para el profesional de la salud, ventajas para el paciente, al ofrecerle la mejor alternativa (diagnóstica, terapéutica) existente, y beneficios para el sistema sanitario en su conjunto, al identificar y suprimir de forma más efectiva los cuidados ineficaces.

Se ha postulado por parte de algunos detractores, que la MBE genera un mayor gasto sanitario. Es difícil mantener esta afirmación hoy en día. La tecnología necesaria para su uso está prácticamente generalizada en los centros sanitarios (si bien con deficiencias y estrecheces, en muchos casos), y no cabe duda de que una mejor selección en los estudios complementarios y en la aplicación de los tratamientos, redundará en un mejor resultado para el paciente y para el sistema sanitario. Sólo es un problema de formación y no de economía. Sin embargo, no podemos dejar de reconocer que, hoy por hoy, la MBE es una medicina para «ricos», en la medida en la que sólo un 10% de la población mundial dispone de tecnología y medios económicos (o sus países) para una atención sanitaria digna. En este sentido, la MBE no es más que el reflejo en el mundo sanitario *del movimiento de globalización* de nuestro tiempo, y por analogía a éste conlleva, al menos inicialmente, un ahondamiento en las diferencias socio-sanitarias. En nuestro mundo el ejercicio médico según las directrices postuladas por la MBE, no es una opción si no una obligación, como ya no es una opción, solicitar la realización de una sialografía para el diagnóstico de un tumor parotídeo. Esta realidad ha sido contemplada por muchos profesionales, que rápidamente se han apuntado a la moda de defender una MBE sin un ejercicio personal de la misma. Este tipo de posturas no favorecen la promoción ni los objetivos propuestos por la MBE. Tampoco favorecen su desarrollo las restricciones del lenguaje derivadas de la exclusiva elaboración de preguntas que puedan ser verificadas (sustracción metodológica).^{26,27} Por otra parte, es sabido que los seres humanos tienen tendencia a creer en los fenómenos sensoriales sobre cualquier otro tipo de información (fenomenología), lo que implica la inexistencia de una conexión automática entre verificación (validación) y voluntad de aplicación. Finalmente, la denominada disonancia cognitiva, tendencia natural a aferrarse a una creencia a pesar de que la evidencia muestre su falsedad, es otro de los obstáculos que la metodología de la MBE debe superar. Desde el punto de vista técnico y educativo, aunque el sistema de enseñanza basado en problemas ha sido incorporado por diversas Universidades extranjeras, en nuestro país la reforma de los planes de estudio de la Licenciatura de Medicina que se fueron sucediendo a lo largo de la década de los noventa, pretendieron una mayor interrelación entre las ciencias básicas y clínicas, pero no han logrado ni aproximarse a un tipo de enseñanza afín con el paradigma de la MBE. Es por ello, que las fuentes de aprendizaje para esta nueva metodología del ejercicio médico procedan de cursos de post-grado o de la inquietud personal autodidacta del profesional. Tampoco las autoridades sanitarias han promovido, en nuestro país, políticas de divulgación e implementación de la MBE, quizá por la incertidumbre de rentabilidad económica que les

inspira. Contrasta esta postura con la mantenida por la Administración frente a la denominada Cirugía Mayor Ambulatoria, y es un reflejo más de que en política sanitaria priman más los efectos de gestión económica que los de *praxis médica*. Para seguir la metodología propuesta por la MBE, el profesional debe sustituir, en aras de una mayor pertinencia y validez, unas fuentes de información fáciles de obtener, por otras que implican búsquedas bibliográficas y valoración crítica.

conclusión

Es importante saber de dónde se obtiene la información, fuente de donde viene una investigación.

Para hacer investigación esta materia es de suma importancia en nuestra vida y en la clínica es aplicable ya que gracias a esta materia se obtiene un 70% del diagnóstico de nuestro paciente.

Realizando una buena historia clínica la investigación es de suma importancia de ahí podemos saber el padecimiento del nuestro paciente.

Bibliografía

L.M. Junquera. (2003). Medicina basada en la evidencia (MBE). Ventajas. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, Vol. 25, 7.

