



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**



Materia: medicina basada en evidencias

Tema: ensayo importancia de la medicina basada en evidencias

Presenta:

Karen Alejandra Morales Moreno

Dr. Maza Pastrana Hugo Ballardo

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

La Medicina basada en la Evidencia (MBE), término acuñado por Gordon Guyatt, se define como un proceso cuyo objetivo es el de obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana. Para ello, se requiere la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores «evidencias» disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario de los pacientes. En nuestro idioma, se entiende por evidencia la certeza manifiesta sobre una cosa que elimina cualquier duda racional sobre la misma. Algunos autores, prefieren la utilización del término Medicina Basada en Pruebas, considerando a estas últimas como los argumentos o razones que demuestran una cosa. Desde esta perspectiva el proceso consistiría en la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que la práctica médica cotidiana plantea.

Históricamente la Medicina basada en la Evidencia tiene un doble origen: filosófico y tecnológico.

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

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.

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 enfatizó 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) 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.

Metodología de la MBE

Frente al ejercicio médico cimentado por la autoridad de expertos, más o menos próximos, y las observaciones clínicas no sistematizadas (experiencia personal), el nuevo paradigma de la MBE mantiene un alto valor a la experiencia clínica, pero la vincula indisolublemente con la mejor evidencia científica publicada sobre el problema concreto del paciente. En opinión de Sackett y cols. practicar la MBE significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática. Por competencia o maestría clínica individual se quiere significar la habilidad y el buen juicio que el clínico adquiere a través de la experiencia y la práctica cotidiana. La mayor competencia se puede reflejar de muchas maneras, pero sobre todo en la realización de diagnósticos más efectivos y eficientes (evitando la multiplicación de estudios innecesarios, que vemos tan habitualmente), y en un trato

humano que contemple los problemas, derechos y preferencias del paciente a la hora de tomar decisiones clínicas sobre su cuidado.

La metodología a utilizar para el desarrollo de la MBE debe seguir al menos cuatro pasos:

1. Formular de manera precisa una pregunta a partir del problema clínico del paciente

Consiste en convertir los interrogantes que surgen durante la historia clínica y la exploración, y que percibimos como necesidades de información, en una pregunta, simple y claramente definida. Lógicamente estos interrogantes pueden afectar al diagnóstico, técnicas complementarias del mismo, tratamiento, pronóstico, etc. Por ejemplo: un varón de 70 años, presenta una tumoración en cola de parótida de 5 años de evolución y comportamiento asintomático. La experiencia clínica tras la exploración, puede orientar un diagnóstico de presunción: tumor benigno de glándula parotídea. ¿Qué estudios complementarios me pueden confirmar con mayor fiabilidad este diagnóstico?

2. Localizar las pruebas disponibles en la literatura, siguiendo una estrategia

La búsqueda de la literatura relevante a la pregunta se realiza en bases de datos bibliográficas, de las cuales la más utilizada y conocida es MEDLINE. Hoy en día se puede acceder fácilmente a esta base de datos a través de Internet (Pubmed). Con la ayuda de estrategias de búsqueda apropiadas se puede obtener información (parcial o completa) de manera rápida y sencilla. Sin embargo, la estrategia de búsqueda empleada (a veces se precisa de más de una), y la selección de la información sobre el interrogante concreto que nos ocupa, puede estar sujeta a error si el profesional de la salud no dispone de un sentido crítico sobre los contenidos publicados.

Otras fuentes como las revistas secundarias o de resúmenes como el ACP Journal Club, Evidence Based Medicine y Evidence-Based Practice que seleccionan y resumen, con los criterios de la MBE, lo mejor de lo publicado, pueden ayudar a minimizar este problema. En este sentido, merece especial mención la denominada Colaboración Cochrane que tiene por objetivo «preparar, mantener y difundir revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención sanitaria»,¹⁶ y que para ello publica una base de datos de revisiones sistemáticas sobre muchos aspectos de la práctica médica. Actualmente, más de 5.000 personas de más de 50 países están colaborando con esta empresa. De su importancia da una idea el hecho de que las principales revistas médicas estén dispuestas a publicar versiones adaptadas de revisiones Cochrane.

4. Aplicación de las conclusiones de esta evaluación a la práctica

La información obtenida tras la consulta de revisiones sistemáticas, debe ser individualizada para el contexto personal del enfermo que generó el interrogante. Por ejemplo, si la mejor prueba de diagnóstico de imagen para un tumor de parótida es la

resonancia magnética, pero por nuestra historia clínica sabemos que el enfermo padece claustrofobia, la solicitud por nuestra parte de este estudio complementario retardará un diagnóstico de manera imprudente. Vuelve a ponerse de manifiesto con este ejemplo, que la MBE también depende de forma importante de la experiencia y habilidad clínica del profesional que la desarrolla.

Fuente de información

Ortiz Z, García Dieguez M, Laffaire M. Medicina Basada en la Evidencia. *Boletín de Academia de Medicina de Buenos Aires*. bvs.insp.mx/componen/mbevid/bibcoch/doc/MBE.

Gracia D. Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Bioética* 2000;8:1. www.cfm.org.br/revista/bio/v8/simpo3.htm

Bonfill X, Gabriel R, Cabello J. La medicina basada en la evidencia. *Rev Esp Cardiol* 1997;50:819-25.