

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

DR. EDUARDO ZEBADÚA



ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

MEDICINA HUMANA

8° SEMESTRE

25-AGOSTO-2020

CAPITULO 1. PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS.

La MBE es una corriente metodológica de razonamiento que pretende unir la experiencia clínica al método científico, incluyendo en la toma de decisiones los valores del paciente. Una definición es: “ante un problema de salud de un paciente (o grupo de pacientes con el mismo problema), aplicar la mejor evidencia actual, metodológicamente aprobada y criticada de manera formal antes de decidir su uso”. Sackett (2001), quien ha sido un ferviente difusor de la MBE, la define como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre la atención a los pacientes considerados en su individualidad.

La medicina basada en evidencias (MBE) se inicia en 1992, en la McMaster University de Ontario, Canadá, aunque desde mediados del siglo XIX, Bichat y Magendi expresaron los primeros fundamentos filosóficos de la MBE. En el mismo siglo, en París, Pierre Louis demostró que las sangrías por flebotomía no tenían algún efecto favorable contra el cólera.

Propósito y objetivos de la MBE

- ✚ Alimentar un diagnóstico
- ✚ Ayudar a establecer la mejor terapéutica actual
- ✚ Establecer un pronóstico para la vida y la función
- ✚ Acceder a las bases electrónicas de datos científicos relacionados con las ciencias de la salud
- ✚ Instruir al cuerpo médico y grupos afines en la revisión crítica de la información obtenida

- ✚ Capacitar a todos los individuos relacionados con las áreas de ciencias de la salud (medicina, enfermería, entre otras) en la aplicación y seguimiento de resultados.

Ventajas de la MBE

Para el médico:

- ✚ Actualiza sus conocimientos
- ✚ Mejora su juicio crítico
- ✚ Incrementa la confianza en las acciones médicas
- ✚ Mejora la comprensión del método científico
- ✚ Incrementa su capacidad en la búsqueda y análisis de la información científica
- ✚ Ante un problema, aumenta en general su reflexión
- ✚ Facilita la precisión en el enfoque y el abordaje clínico y paraclínico
- ✚ Limita las opiniones
- ✚ Da base científica a los criterios
- ✚ Motiva la investigación científica
- ✚ Estimula la elaboración y aplicación de las guías de práctica clínica.

Para el paciente:

- ✚ Disminuye la variabilidad de opiniones
- ✚ Mejora la comunicación médico-paciente
- ✚ Participa en la toma de decisiones
- ✚ Atención médica integral, actualizada y documentada
- ✚ Democratización real del conocimiento.

Desventajas de la MBE

1. La medicina basada en evidencias sólo puede practicarse si se conocen sus principios y fundamentos, su metodología y, desde luego, debe haber plena concientización de la utilidad de su práctica.

2. Existe el riesgo de trivializar o minusvalorar el ejercicio clínico.
3. La necesidad de conocer informática general y médica.
4. La necesidad de conocer bases de bioestadística y metodología científica

Al iniciarse en la MBE deben tomarse en cuenta las siguientes acciones:

1. Definir con precisión el problema clínico que habrá de identificarse, con base en un buen fundamento clínico y un enfoque adecuado.
2. Actualizar los conceptos básicos de bioestadística y metodología científica de la investigación clínica.
3. Si hay resonancia cognitiva personal, aplicar las experiencias acumuladas en la toma de decisiones.
4. Si existe disonancia cognitiva personal, aceptarla y transformarla en una pregunta clínica contestable y proporcionar la información más coherente y congruente con la problemática detectada.
5. Si la duda persiste, acudir de inmediato a las bases de datos electrónicas (Medline, Cochrane, EBM, entre otras), formulando previamente preguntas contestables.
6. Hacer un análisis crítico de la información aplicando los conocimientos requeridos de bioestadística y metodología de la investigación clínica.
7. Aplicar los resultados de la investigación científica obtenida en la problemática previamente detectada.

Bibliografía:

José Luis Arceo Díaz, José Manuel Ornelas Aguirre y Susana Domínguez Salcido. (2010). Manual de medicina basada en evidencias. España: Editorial El Manual Moderno, 2010.

CAPITULO 1. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS QUE PUEDAN RESPONDERSE.

Preguntas de fondo y en primer plano

Cabe señalar que las preguntas formuladas por los estudiantes se refieren a conocimientos generales que podrían ayudarles a comprender la cianosis o las acropaquias como signos o la comunicación interauricular como un trastorno. Estas preguntas de fondo pueden formularse acerca de cualquier trastorno o estado de salud, una prueba, un tratamiento o intervención u otros aspectos de la asistencia sanitaria, y engloban fenómenos biológicos, psicológicos o sociológicos.

1. P: paciente, población, situación difícil o problema.
2. I: intervención, exposición, prueba u otro agente.
3. C: comparación de una intervención, exposición, prueba, etcétera, si procede.
4. O: (outcomes) desenlaces clínicos de interés, como el tiempo, si procede.

Las preguntas de los residentes se refieren a conocimientos específicos que podrían fundamentar directamente una o varias decisiones clínicas situadas en primer plano al enfrentarse a esa paciente, que abarcan una gran variedad de aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos. Si están bien formuladas, estas preguntas en primer plano suelen tener cuatro componentes:

- A.- La situación, población o problema de interés del paciente.
- B.- La intervención principal, definida a grandes rasgos mediante una exposición, una prueba diagnóstica, un factor pronóstico, un tratamiento, una percepción del paciente, etc.
- C.- Una intervención o exposición comparativas (también definidas a grandes rasgos), si procede.

D.- El desenlace clínico de interés, como un plazo temporal, si procede.

Todos los médicos necesitan conocimientos de fondo y en primer plano, cuyas proporciones varían con el tiempo y dependen principalmente de nuestra experiencia con el trastorno específico en cuestión.

Nuestras reacciones frente al conocimiento y al desconocimiento

La práctica clínica nos obliga a utilizar una enorme cantidad de conocimientos de fondo y en primer plano, seamos o no conscientes de ello. Esta demanda y nuestra percepción de ella pueden combinarse de tres maneras, que analizaremos a continuación. En primer lugar, el hecho de que nuestro paciente se encuentre en una situación difícil puede hacer que recurramos a conocimientos que ya poseemos, de forma que experimentamos unas respuestas mentales y emocionales de reafirmación que reciben el nombre de resonancia cognitiva al aplicar los conocimientos en nuestras decisiones clínicas.

Dónde y cómo surgen las preguntas clínicas

Con los años, nos hemos dado cuenta de que la mayoría de las preguntas en primer plano surgen alrededor de los aspectos centrales que intervienen en la asistencia de los pacientes. Estos agrupamientos no pretenden ser conjuntamente exhaustivos (pueden formularse otras preguntas importantes) ni mutuamente excluyentes (algunas preguntas son híbridos, como las que se refieren tanto al pronóstico como al tratamiento). A pesar de ello, nos parece útil adelantar que muchas de las preguntas surgirán de las ubicaciones habituales de este mapa: manifestaciones clínicas, etiología y riesgo, diagnóstico diferencial, pruebas diagnósticas, pronóstico, tratamiento, prevención, experiencia e importancia para el paciente y auto superación. Resulta práctico tener esta lista a mano y utilizarla para localizar la fuente de nuestras carencias de conocimientos cuando identifiquemos la sensación de estar atascados, característica de la disonancia

cognitiva. Una vez hayamos reconocido nuestras lagunas de conocimientos, las preguntas pueden formularse rápidamente, por lo general en el plazo de 15 a 30 segundos.

Práctica de la medicina basada en la evidencia en tiempo real.

Dado que la carga de la enfermedad de nuestros pacientes excede el tiempo de que disponemos, es frecuente encontrarnos con muchas más preguntas que tiempo para responderlas. Ante esta situación, recomendamos tres estrategias: registrar o guardar, programar y seleccionar. Las preguntas que no se guardan se convierten en preguntas no contestadas, por lo que necesitamos métodos prácticos para registrar y guardar las preguntas y así poder recuperarlas en búsquedas posteriores. Pero ¿cuál es la mejor forma de registrar estas preguntas? A lo largo de los años hemos probado y escuchado a otros plantear varias posibilidades:

- 1.- Hacer anotaciones breves en un folio en el que previamente se han trazado cuatro columnas, marcadas como P, I, C y O, para cada uno de los elementos de las preguntas en primer plano; estas notas pueden utilizarse solas o junto con otra hoja aparte para las preguntas relativas a los conocimientos de fondo.
- 2.- Tomar notas breves en un archivo electrónico organizado de una manera similar en un ordenador.
- 3.- Anotar preguntas concisas en recetas en blanco (e intentar evitar dárselas al paciente en lugar de la verdadera receta).
- 4.- Apuntar abreviaturas en fichas que podamos llevar en el bolsillo.
- 5.- Abrir una aplicación del teléfono móvil en la que escribir o dictar las preguntas.

¿Por qué es importante formular claramente las preguntas?

Nos ayudan a centrar el escaso tiempo que podemos dedicar al aprendizaje en la evidencia que está directamente relacionada con las necesidades clínicas de nuestro paciente.

Nos ayudan a centrar el escaso tiempo que podemos dedicar al aprendizaje en la evidencia que está directamente relacionada con nuestras necesidades de aprendizaje particulares o las de nuestros alumnos.

Nos sugieren estrategias de búsqueda de alto rendimiento.

Nos sugieren las formas que podrían adoptar las respuestas útiles

Enseñar a formular preguntas para practicar la MBE en tiempo real

La enseñanza de las habilidades necesarias para formular y responder preguntas puede integrarse con cualquier otro tipo de docencia clínica, a la cabecera del paciente o en otro punto de asistencia sanitaria, y no requiere demasiado tiempo extra. Se tarda menos de un minuto en presentar ejemplos de cómo formular preguntas, mientras que se suele tardar entre 2 y 3 minutos en orientar a los alumnos para que formulen una pregunta sobre un paciente.

¿Cómo podemos utilizar la receta educativa en nuestra docencia clínica? El número de formas únicamente está limitado por nuestra imaginación y por las oportunidades docentes. Por ejemplo, las recetas educativas se han introducido en el contexto de la enseñanza de la carrera de Medicina, especialmente en las rotaciones clínicas. ¿Es fácil mantener el cumplimiento de las recetas educativas? Lo normal es conseguirlo si se incorpora a la práctica diaria el hábito de escribirlas y dispensarlas. Nosotros recurrimos a la táctica de convertir la formulación de preguntas clínicas en una parte integral de la presentación de un paciente nuevo al grupo asistencial.

Bibliografía:

Sharon E. Straus. (2005). Medicina Basada En La Evidencia: Cómo Practicar Y Enseñar La MBE. España: Elsevier.