

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Historia

La MBE es una de las expresiones de un antiguo movimiento de mejora de la calidad clínica, que se vio potenciado por la demostración de la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica, y por la crítica a la medicina. Su desarrollo se inició en los años sesenta del siglo XX, cuando se empezó a aplicar el diseño de los ensayos clínicos al campo médico, y se desarrollaron trabajos iniciales al respecto. Sobre la falta de fundamento de las decisiones clínicas, los trabajos pioneros son de Cochrane, en 1972; de John Wennberg en 1973, son los trabajos sobre la variabilidad de la práctica clínica; y de Iván Illich y Thomás McKeown en 1976, sobre crítica a la medicina. El concepto de «basado en pruebas» lo expresó, como tal, por primera vez David Eddy en 1982. Después vendría el desarrollo explosivo de la medicina basada en pruebas, primero en un círculo restringido, en 1991, y después en todo el mundo, desde 1992, por influencia del canadiense Evidence-Based Medicine Working Group.⁴

En noviembre de 1992 el "Evidence-Based Medicine Working Group" (EBMWG), Grupo de Trabajo en Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad McMaster en Ontario (Canadá), publicaba en la revista JAMA, el artículo titulado: Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.⁵ Se iniciaba la difusión de un nuevo enfoque para la práctica de la medicina. Este trabajo proponía un cambio en el modelo o paradigma del aprendizaje y el ejercicio de la medicina, y formulaba el ideario del movimiento. La MBE ha cambiado la formación médica en muchas escuelas de medicina y de disciplinas afines en el campo de la salud. Las metodologías empleadas para determinar la mejor evidencia fueron establecidas por el equipo de McMaster conducido por los médicos David Sackett y Gordon Guyatt. La Medicina Basada en la Evidencia es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.

TIPOS DE ESTUDIO:

Descriptivos

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

Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente. Ej.: Prevalencia de Tabaquismo en la Población Universitaria de Corrientes

Serie de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad .

Caso reporte: un caso en particular sobre una patología poco común

Analíticos

Observacionales

Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.

Cohortes: con dos grupos de individuos sanos, uno expuesto a un factor y el otro no

Experimentales

Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés. Ej : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo

Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar. Ej. : Ensayos de vacunas

Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad. Ej. : enfermedades por condiciones sociales .

Revisiones

No Sistemáticas: revisión clásica o tradicional. El autor expone su experiencia, su opinión

Sistemáticas

Cualitativa: Metaanálisis cualitativo

Cuantitativa: Metaanálisis, se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.

SESGOS DE SELECCIÓN	CARACTERÍSTICAS
Sesgo de Neymann (prevalencia o incidencia)	Se produce cuando la condición en estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella.
Sesgo de Berkson (de admisión)	Los estudios que se realizan en hospitales caen inevitablemente en este sesgo ya que el método de selección provoca que el grupo no sea representativo de la población que posee la enfermedad ya que no todos los sujetos con la enfermedad, necesariamente llegaran al hospital
Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario	El grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos
Sesgo de membresía (o de pertenencia)	Cuando entre los sujetos evaluados se presentan subgrupos de sujetos que comparten algún atributo en particular, relacionado positiva o negativamente con la variable en estudio
Sesgo del procedimiento de selección	diseños de investigación experimentales (ensayos clínicos controlados), en los cuales no se respeta el principio de aleatoriedad en la asignación a los grupos de experimentación y de estudio
SESGOS DE MEDICION	CARACTERÍSTICAS
Sesgo de procedimientos	Ocasionalmente el grupo que presenta la variable dependiente resulta ser más interesante para el investigador que el grupo que participa como control.
Sesgo de memoria	Frecuente de observar en estudios retrospectivos, en los cuales se pregunta por antecedente de exposición a determinadas circunstancias en diferentes períodos de la vida, existiendo la posibilidad de olvido
Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento	La frecuencia de tal variable puede tener órdenes de magnitud inferiores a la real.
Sesgo de detección	Su ocurrencia se explica por la introducción de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo de un estudio
Sesgo de adaptación	Se produce especialmente en estudios de intervención (experimentales o cuasi-experimentales), en los cuales individuos asignados inicialmente a un grupo particular deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención por sobre otro

BLIBIOGRAFÍA:

<http://med.unne.edu.ar/catedras/mbe/mbe.htm>

Epidemiología Básica, Beaglehole, Bonita, Kjellstrom, OPS, pág. 50-53. Publicación Científica OPS.

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insIntrod4.htm>

http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/epiclin/unidad6/anexo6_comp_DeLaGuardia.pdf