María del Mar Sainz Navarro 14/02/14

**MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS**

**HISTORIA**

Poco es lo que se conoce de sus orígenes, al decir de sus entusiastas promotores, que fueron calificados como escépticos postrevolucionarios de París de mediados del siglo XIX como Bichat, Louis y Magendie. Durante el reinado del emperador Qianlong en China (siglo XVIII), se desarrolló una metodología para interpretar los textos antiguos de Confucio, que traducidos significaban “practicando investigación con evidencias”. Fue hasta 1952 que apareció el primer ensayo clínico aleatorio publicado en el British Medical Journal constituyendo un punto de cambio fundamental en el desarrollo del razonamiento biomédico, que permitió cuantificar la eficacia real y la seguridad de las intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas, así como la formación de opiniones sobre el pronóstico.

A finales de los 70 varios epidemiólogos clínicos entre los que destacan Sackett, Haynes y Tugwell, se esforzaban por integrar datos de investigación clínica a la toma de desiciones en la práctica médica, en los 80 aparecieron las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas médicas y así fue como en 1990 en la Universidad de McMaster en Canadá, G. Guyatt acuñó el término “Medicina Basada en Evidencias”. La MBE generó una fuerte polémica entre los defensores de la nueva postura de la “medicina tradicional”, con este enfoque ya no bastaría solo la experiencia, sino que era obligatoria la evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas.

La propuesta actual de la MBE es emplear la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas, sin desconocer la importancia de la experiencia. La MBE propone como mayor grado de evidencia a las revisiones sistemáticas el meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados.

**TIPOS DE ESTUDIOS**

* Meta-análisis de ensayo controlado aleatorizado
* Ensayo controlado aleatorizado
* Esnsayo prospectivo controlado no aleatorizado
* Ensayo retrospectivo controlado no aleatorizado
* Estudio de cohorte
* Estudio de casos y controles
* Anécdotas o casos únicos
* Series clínicas no controladas

\*Estudios descriptivos:

 -Vigilancia epidemiológica

 -Encuestas

 -Registros

 -Bases de datos

\*Comités de expertos

\*Conferencias de conses

|  |  |
| --- | --- |
| TIPO DE SESGOS | CARACTERÍSTCAS |
| De información | Se presentan cuando la medición se realiza de manera distinta entre los grupos que se comparan. |
| De confusión | Es cuando el efecto del factor de estudio está mezclado con los efectos de otros factores distintos. |
| EN ESTUDIOS DE COHORTE |  |
| En evaluación del resultado | Algún miembro del equipo puede verse influido por la información que posee con respecto a la hipótesis y a la asignación de los sujetos a los diferentes grupos de estudio. |
| De la calidad de la información  | La calidad de información obtenida entre los grupos de expuestos y no expuestos ya que los expuestos tendrán más datos por presentar síntomas y los no expuestos no. |
| De seguimiento | Las pérdidas de los sujetos durante el estudio harán que las tasas de incidencia que resulten de grupos expuestos y no expuestos estarán sesgadas. |
| Falta de respuesta | Cuando los sujetos no responden con todo lo que se les solicita y en todos los momentos que se necesitan, harán que la información sea parcial. |
| Del observador | Porque los investigadores pueden realizar de manera subjetiva el registro de observaciones, el análisis de resultados o la redacción de conclusiones |
| EN LOS ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES |  |
| De selección | Provocan que la población seleccionada no sea representativa de la población fuente. |
| De Berkson (casos hospitalarios) | Cuando se obtienen los casos de fuentes hospitalarias hacen que el grupo no sea representativo de la población ya que no todos los sujetos llegan necesariamente a un hospital |
| Falacia de Neyman (casos prevalentes mas casos incidentes) | Se mezclan y analizan por igual los casos prevalentes e incidentes porque los prevalentes llevan más tiempo con la enfermedad. |
| Referencia selectiva (expertos) | Cuando se recurre a un grupo de expertos que hagan la selección lo convierte en selección a la selección en un proceso subjetivo. |
| Entrevistador | El entrevistador dirige las preguntas en ambos grupos buscando confirmar la hipótesis de investigación |
| Entrevistado | Pueden exagerar su información o no recordarla de forma correcta. |

BIBLIOGRAFÍA

* Karla Sánchez Lara, Ricardo Sosa Sánchez. Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana. Vol. 14, núm. 1, Enero-Marzo 2007.
* Dra. Zulma Ortiz, Marcelo García Dieguez. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. a Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2 de Nov. 1998.
* J. Primo. Niveles de evidencia y grados de recomendación. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día - Vol. 2 - Nº. 2 – 2003.
* Gabriela de la Guardia González. Sesgo o error de medición. Capt 12. Epidemiología y Estadística en Salud Pública.