

HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA.

La “medicina basada en la evidencia”, resulta ser una corriente filosófica o de pensamiento que de alguna manera intenta rescatar lo que debe ser la práctica médica ideal estableciendo como eje principal de actuación y como razón de ser el o la paciente, y preconiza *“el uso juicioso de la mejor evidencia disponible en la investigación clínica, la que debe integrarse con la experiencia clínica del médico y esto conjugarse con los valores y preferencias que sobre el punto tienen los o las pacientes para tomar decisiones adecuadas relacionadas al cuidado de la salud”*

El aprendizaje basado en problemas se estructura en tres estadios: la identificación del problema, la búsqueda de información y la resolución del problema.

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.

Muchas de las ideas que promueven el ejercicio de la MBE son muy antiguas. Durante el reinado del Emperador Qianlong en China (Siglo XVIII), se desarrolló una metodología para interpretar los textos antiguos de Confucio, llamada “kaozheng”, que traducido significa “practicando investigación con evidencias”.

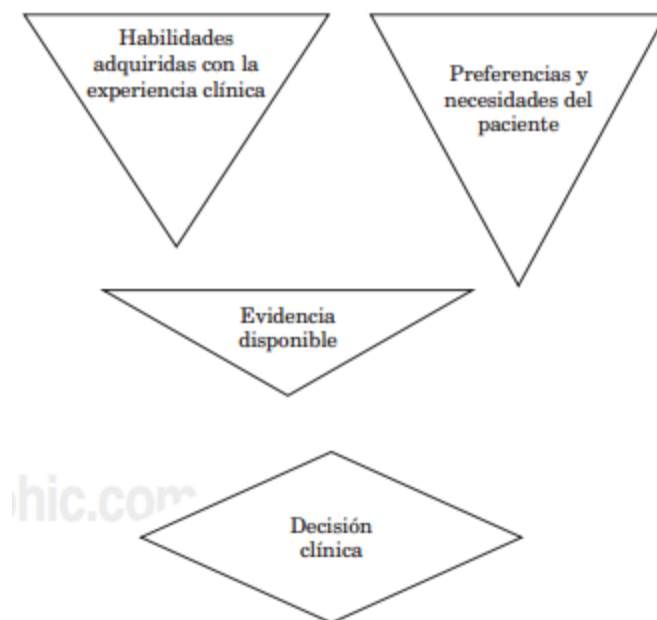
Fue hasta 1952 que apareció el primer ensayo clínico aleatorio publicado en el British Medical Journal constituyendo un punto de cambio fundamental en el desarrollo del razonamiento biomédico, que permitió cuantificar la eficacia real y la seguridad de las intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas, así como la formación de opiniones sobre el pronóstico. El ensayo clínico fue el punto de partida para el desarrollo de múltiples técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y la epidemiología. Sin embargo, fue necesario que transcurrieran años, para que estos criterios se incorporaran eficazmente al campo de la epidemiología clínica. A finales de la década de los 70 varios epidemiólogos clínicos entre los que se destacan Sackett, Haynes y Tugwell, se esforzaban por integrar los datos de la investigación clínica a la toma de decisiones en la práctica médica; en los 80 aparecieron las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas médicas y fue así que en 1990 en la Universidad de McMaster en Canadá, G. Guyatt acuñó el término “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE)¹⁵ dando un nuevo enfoque a la docencia y práctica de la medicina y resaltando la importancia del examen crítico de las pruebas o “evidencias” procedentes de la investigación. La MBE generó una fuerte polémica entre los defensores de la nueva postura y de la “medicina tradicional”; para los primeros fue un nuevo paradigma el ejercicio de la medicina y una filosofía de la práctica y la docencia clínica, con este enfoque ya no bastaría sólo

la experiencia, sino que era obligatoria la evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas. Los detractores lo consideraron como una exageración, la “deshumanización” de la medicina; la transformación de los clínicos en meros “aplicadores de recetas de cocina”; destruyendo así la relación médico-paciente.

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 (RS) el meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados.

Si bien la evidencia se considera siempre necesaria, existen otros factores a considerar al tiempo de tomar decisiones, lo que nos lleva a la segunda propuesta de la MBE: el uso de la evidencia debe ser explícito y juicioso.

La MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales pruebas en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada individuo, no sólo sobre su enfermedad o proceso, comprendiendo desde la realización de diagnósticos precisos, atención eficiente y la identificación y consideración de los principios, preferencias y derechos de los pacientes



TIPOS DE ESTUDIO QUE SE INVOLUCRAN:

1.- Descriptivos

- a) Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población.
- b) Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente.
- c) Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.
- d) Reporte de caso: un caso en particular sobre una patología poco común.

2.- Analíticos

- a) *Observacionales*
 - a.1) Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.
 - a.2) Cohortes: con dos grupos de individuos sanos, uno expuesto a un factor y el otro no.
- b) *Experimentales*
 - b.1) Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés.
 - b.2) Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar.
 - b.3) Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad.

3- Revisiones

- a) *No Sistemáticas*: revisión clásica o tradicional. El autor expone su experiencia, su opinión.
- b) *Sistemáticas*
 - b.1) Cualitativa: Meta-análisis cualitativo
 - b.2) Cuantitativa: Meta-análisis, se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.

SESGOS

Sesgos de selección

- Se refiere a la *distorsión en la estimación del efecto* derivada de la forma en que se han seleccionado los sujetos de la muestra.
- La variable medida es diferente entre los pacientes participantes en el estudio y los no participantes
- Dentro de los sesgos de selección existen algunas modalidades: sesgo de autoselección, sesgo de Berkson (o de admisión), ETC.
- El sesgo de selección *no suele ser controlable en la fase de análisis*.

sesgos de información

- Existen *diferencias sistemáticas* en la manera en que los datos sobre la exposición o el efecto son obtenidos en los diferentes grupos de estudio.
- Son *difíciles de predecir y de cuantificar*.

Sesgos de confusión

- El efecto de la intervención de estudio se confunde con el efecto de uno o más factores de confusión.
- *Pueden prevenirse* mediante el muestreo estratificado, usando el factor de confusión como variable de estratificación.
- *Pueden corregirse en la fase del análisis*.

Sesgos de seguimiento

- Se cometen *cuando no se observan por igual a ambos grupos de estudio*, o si se pierden más sujetos de un grupo que de otro (no ocurrido al azar) a lo largo del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

**<http://www.intermedicina.com/Guias/Gui014.htm>

**Medicina basada en la evidencia: Aportes a la práctica médica actual y dificultades para su implementación; Evidence Based Medicine: A guide to make right and democratic decisions. Málaga Rodríguez Germán 1, Sánchez Mejía Aura2; *Rev Med Hered* 20 (2), 2009 103.

** Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana; Karla Sánchez Lara, Ricardo Sosa Sánchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba; Vol. 14, núm. 1, Enero-Marzo 2007.

**Sesgos en estudios epidemiológicos; Mauricio Hernández-Avila, Ph.D.,(1) Francisco Garrido, M.C., M. en C.,(2) Eduardo Salazar-Martínez, Dr. en C.(1); salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000.

** <http://www.revistaseden.org/files/9-CAP%209.pdf>