**Historia de la medicina basada en evidencia**

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 algunos 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) 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. Afortunadamente en la actualidad se han reducido las diferencias que parecían irreconciliables. 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 aplicación indiscriminada de evidencia sería en extremo peligrosa, pero la integración con criterio de la evidencia con otros factores determinantes, permitirán a nuestros pacientes beneficiarse de la mejor decisión. 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.

**¿Cuáles son las aplicaciones de la MBE?**

La MBE puede aplicarse en el trabajo diario con cualquier tipo de intervención clínica, ya sea diagnóstica, terapéutica o preventiva; optimiza el tiempo del clínico;

mejora el acceso a la información y contribuye a disminuir la incertidumbre. Aun cuando nuestra experiencia clínica y práctica no siga estrictamente las recomendaciones de la literatura, la decisión que finalmente adoptemos posiblemente estará más contrastada y razonada.

**Jerarquía de la evidencia**



+= mínimo sesgo ++++= máximo sesgo

Hay múltiples factores a considerar al momento de tomar una decisión clínica, lo que nos lleva a la segunda propuesta de la MBE: el uso de la evidencia debe ser explícito y juicioso, vale decir que es importante cómo integramos la evidencia a nuestras decisiones. La aplicación indiscriminada de evidencia, aunque sea de alta jerarquía, sería en extremo peligrosa, pero la integración con buen criterio de la evidencia a otros factores determinantes en la toma de decisiones permitirán a nuestros pacientes beneficiarse de la mejor decisión.

El uso explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones frente a un paciente, no tiene por qué deteriorar la relación médico-paciente. Hacer este proceso explícito, informando al paciente y haciéndolo partícipe en las decisiones, crea una relación médico-paciente más transparente y participativa. No se debe confundir la toma de decisiones con la relación médico-paciente, ni las múltiples razones para la deshumanización de la medicina y el deterioro de la relación médico-paciente.

**¿Cómo practicar la MBE?**

1. *Formular la pregunta*

Consiste en convertir las necesidades de información que surgen durante la atención del paciente, en una pregunta simple y claramente definida, que permita encontrar la información que dé respuesta a la interrogante.

Incertidumbre en la toma de decisiones

1. Estructurar una pregunta clínica específica

2. Realizar una búsqueda eficiente en la

literatura

3. Efectuar el análisis crítico

- validez interna

- interpretación de resultados.

- aplicabilidad o validez externa.

- preferencias del paciente.

Resolver la incertidumbre, implementar los hallazgos a la práctica clínica.

Evaluación de los resultados.

1. *Búsqueda eficiente*

El enorme desarrollo de la investigación científica hace que el volumen de información sea inmanejable para el clínico, usualmente con escaso tiempo para dedicarse al estudio; se estima que se publican dos millones de artículos por año en la bibliografía biomédica, repartidos en más de 20,000 revistas. Como respuesta, han surgido iniciativas de carácter internacional como la Colaboración Cochrane que promueven los llamados meta-análisis y revisiones sistemáticas periódicas de todos los ensayos controlados aleatorizados, relevantes en materia

biosanitaria.

 *3. Análisis crítico*

Este paso es crucial, ya que permite al clínico decidir si un determinado artículo puede constituirse en una guía útil; desafortunadamente, una proporción alta de publicaciones carece de relevancia o tiene metodología deficiente. Existen métodos de evaluación crítica de la literatura; a través de un sistema de interrogantes es posible determinar la validez y relevancia de la evidencia. Diversos impresos permiten integrar las bases del método con su aplicación práctica; entre ellos destacan la serie de guías publicadas en la revista JAMA y los impresos de la Universidad de McMaster.

**MBE en México**

En nuestro país el establecimiento de la MBE ha cursado por varios caminos difíciles, ya que ha habido grupos interesados, que comenzaron por utilizarla y enseñarla en su práctica profesional o institucional. Existen organizaciones que han promovido la MBE, realizando actividades académicas y educativas relacionadas con el tema durante los últimos años, un evento significativo fue el primer seminario internacional de MBE en 1999 en la Ciudad de México, organizado por el Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud de la Secretaría de Salud. Además, el Instituto Nacional de Salud Pública, a través del Centro de Información para Decisiones en Salud, incorporó nuestro país al programa de la Colaboración Cochrane Iberoamericana, desde el 2000, con un proyecto de trabajo muy importante que ha favorecido la elaboración de revisiones sistemáticas en español y el estudio de temas médicos relacionados a los países en vías de desarrollo.

**Conclusiones:**

La práctica clínica es y seguirá siendo, una experiencia de relación interpersonal, en la que los valores, las opiniones y la experiencia del médico, junto con las preferencias de los pacientes, juegan el papel más importante. Así el aspecto conceptual del razonamiento clínico basado en la experiencia y de la medicina basada en la evidencia deben abordarse con la sinergia enriquecedora de ambos componentes. Se ofrece así una atención de mayor calidad al paciente como individuo y a la población general, meta primordial de nuestra tarea. Aunque aún quedan interrogantes como: ¿Cuánto de la MBE conocemos y practicamos los clínicos?, ¿Qué tipo de evidencia usamos en nuestra toma de decisiones?,

¿Cómo integramos la evidencia a la toma de decisiones? La organización y sistematización de la formación e información de los profesionales; la preocupación por la mejora de la calidad asistencial y la puesta en marcha de iniciativas y gestiones en esta línea, así como la búsqueda de objetivos claros relacionados, representan excelentes oportunidades para el fomento y desarrollo

de la MBE.

BIBLIOGRAFIA:

1. **Artículo de revisión**

**Médica Sur, México 9**

**medigraphic.com**

\* Centro Oncológico Diana Laura Riojas de Colosio.

Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

**Importancia de la medicina basada en evidencias**

**en la práctica clínica cotidiana**

**Karla Sánchez Lara, Ricardo Sosa Sánchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba**

2. Revista médica de Chile (SciELO)

La medicina basada en evidencia.  Visión después de una década

**Luz María Letelier S**[**1**](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016#af1)**,**[**2**](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016#af2)[**\***](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016#af4)**, Philippa Moore3\***

3. Medicina basada en evidencias. La medicina del siglo 21.

Carlos Rivera Williams.