

HISTORIA MBE

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) 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,⁹ 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

TIPOS DE ESTUDIO

1- Descriptivos

1.a 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

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

1.c Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad .

1.d Case report : _ un caso en particular sobre una patología poco común

2- Analíticos

2.a Observacionales

2.a.1 Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad .

2.a.2 Cohortes: con dos grupos de individuos sanos , uno expuesto a un factor y el otro no

2.b Experimentales

2.b.1 Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés . Ej : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo

2.b.2 Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar . Ej : Ensayos de vacunas

2.b.3 Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad . Ej : enfermedades por condiciones sociales .

3- Revisiones

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

3.b Sistemáticas

3.b.1 Cualitativa : Metaanálisis cualitativo

3.b.2 Cuantitativa: Metaanálisis , se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis .

SESGOS

TABLA 1. Clasificación de Sesgos (17, 18).

Sesgos		
Sesgos de selección	Selección inadecuada de la muestra. Si utilizamos otra muestra de la misma población las estimaciones obtenidas serían diferentes.	Sesgo del voluntario o de auto selección. Sesgo de «no respuesta». Sesgo del «trabajador sano». Sesgo de sospecha diagnóstica o «sesgo de detección». Sesgo de Berkson. Falacia de Neyman.
Sesgos de información o medida	Las medidas no son válidas, por defecto de los instrumentos de medida o la fiabilidad inter-observador es baja. Otro efectos pueden ser causados por la «memoria», o por los «diagnósticos» previos.	Mala clasificación no diferencial. Mala clasificación diferencial. – Sesgos amnésico o de recuerdo. – Sesgo de atención o efecto «Hawthorne». – Sesgo del entrevistador. Regresión a la media. Falacia ecológica.
Sesgo de confusión	Se atribuye un efecto a una variable, factor de confusión, cuando en realidad no es debido a ella. Se produce cuando la variable que denominamos f. de confusión se asocia de modo independiente con un factor de riesgo de la enfermedad o del efecto que se busca. Además, este factor de confusión no es un eslabón intermedio en la vía causal entre los factores de riesgo y la enfermedad o efecto. Ej. el alcohol con f. confusión con el tabaco en el cáncer de lengua-boca.	

BIBLIOGRAFIA

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

<http://viamedem.com/que-es-medicina-basada-en-evidencia/>

<http://www.elsevier.es/es-revista>