



MBE

Actividad Preeliminar

Joel Hernández Márquez

Historia de la medicina basada en evidencia

Aparece en 1952 el primer ensayo clínico randomizado en la revista British Medical Journal. Desde aquel entonces la medicina clínica y sobre todo la investigación correspondiente han mantenido un crecimiento permanente, como lo describió el Dr.V.Valdivieso en esta revista.

D. Sackett, B. Haynes y P.Tugwell, epidemiólogos clínicos, a finales de los 70, se esforzaron por integrar la investigación clínica al momento de tomar las decisiones que perjudicarían o beneficiarían a los pacientes. Para los 80 aparecieron en el Canadian Medical Association Journal las primeras publicaciones prontadas a revisar críticamente estudios realizados y publicados en revistas médicas.

Fue entonces cuándo en 1990, G. Guyatt acuñó el término “Medicina Basada en Evidencia” (MBE) en un documento informal destinado a los residentes de Medicina interna de la Universidad de Mc Master, en Canadá. Posteriormente, el término MBE fue ampliado para incluir otras especialidades médicas y no médicas que inciden en el cuidado del paciente, denominándose “Cuidados de la Salud Basados en Evidencia”, claro una traducción del original nombre, mas sin embargo este término no es aceptado mundialmente y se usa simplemente MBE.

Este sistema ha tenido un gran impacto en todo el mundo ya que países como Inglaterra y Canadá, han incorporado principios de este tema en sus políticas de salud y financian centros de estudio como el National Institute of Clinical Evidence para desarrollar investigación en esta área.

Existen diferentes tipos de estudios los cuales cuentan con una jerarquía y su nivel de sesgos, a continuación:

| Jerarquía | Tipo | Sesgo |
|-----------|---|-------|
| I | Revisión sistemática y meta análisis | + |
| I | Estudios clínicos randomizados | + |
| II | Estudios observacionales: cohortes y caso-control | ++ |
| III | Reporte de series y casos clínicos | +++ |
| IV | Experiencia clínica | ++++ |

Clasificación de sesgos

| 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. |
| Sesgo de información o medida | Las medida no son válidas, por defecto de los instrumentos de medida o la fiabilidad interobservador es baja. Otros efectos pueden ser causados por la “memoria”, o por los “diagnósticos” previos. | Mala clasificación no diferencial. Mala clasificación diferencial. <ul style="list-style-type: none"> • Sesgo 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 casual entre los factores de riesgo y la enfermedad o efecto. Por ejemplo, el alcohol con f confusión con el tabaco en el cáncer de lengua y boca. | |

Bibliografía

Letelier S, Luz María, & Moore, Philippa. (2003). La medicina basada en evidencia: Visión después de una década. *Revista médica de Chile*, 131(8), 939-946.
Recuperado en 10 de febrero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872003000800016.

Hernández-Avila, M., Garrido, F., & Salazar-Martínez, E. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42(5), 438-446.