

Historia de Medicina Basada en Evidencias

La primera aparición considerada de la MBE fue 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”.

Con un experimento sencillo fue como, en el siglo XVI, Harvey demostró que las teorías de Galeno sobre la circulación inmutablemente vigentes desde el imperio romano eran falsas, inaugurando la «nueva práctica» de una medicina científica.

En 1753 Lind demostró el beneficio de comer naranjas y limones para curar el escorbuto, en un estudio clínico de 12 pacientes.

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 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 años 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 a través de los años propone como mayor grado de evidencia a las revisiones sistemáticas (RS) el meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados. 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.

Desarrollo de la MBE

Actualmente la MBE se desarrolla en tres niveles:

1. Quienes generan evidencia son aquellos que realizan investigación clínica, sea ésta primaria como reporte de casos, estudios observacionales y ECRs; o la llamada investigación secundaria como son las RSs o las guías de práctica clínica (GPC). En todas ellas la MBE contribuye a mejorar la calidad de estos estudios.
2. Quienes practican la MBE son aquellos que realizan el proceso completo de la MBE. Esta práctica permite al clínico resolver las incertidumbres de su quehacer diario, las que pueden ser posteriormente aplicadas a otras situaciones similares. También el proceso puede ser resumido y difundido para ser utilizado por otros.
3. Quienes usan la MBE son aquellos que, estando de acuerdo con utilizar la MBE para tomar decisiones, no tienen las herramientas o el tiempo suficiente para realizar el proceso completo, utilizan en cambio evidencia ya filtrada y analizada por quienes practican la MBE.

Jerarquía de la evidencia y tipos de estudios

Tabla 1. Jerarquía de la evidencia

Jerarquía	Diseños	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	++++

+ = mínimo sesgo

++++ = máximo sesgo

Clasificación de sesgos

Sesgos de selección	Son errores sistemáticos que se introducen durante la selección o el seguimiento de la población en estudio y que propician una conclusión equivocada sobre la hipótesis en evaluación.
Sesgos de información	Se refiere a los errores que se introducen durante la medición de la exposición, de los eventos u otras covariables en la población en estudio, que se presentan de manera diferencial entre los grupos que se comparan, y que ocasionan una conclusión errónea respecto de la hipótesis que se investiga.
Sesgos de confusión	Puede resultar en una sobre o subestimación de la asociación real. Existe sesgo de confusión cuando observamos una asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio o cuando no observamos una asociación real entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada.

Bibliografía:

1. V. Ibáñez Pradas, Introducción a la Medicina Basada en la Evidencia, Cir Pediatr 2005; 18: 55-60.
2. Sánchez Lara, 2007, Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana, Mediagraphic, Vol. 14, núm. 1, Enero-Marzo 2007.
3. Mauricio Hernández-Avila, Ph.D., Sesgos en estudios Epidemiológicos, 439 salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000
4. J. Primo, Niveles de evidencia y grados de recomendación, Hospital de Sagunto, Valencia.
5. Luz María Leterier, La medicina basada en evidencia. Visión después de una década, Rev. méd. Chile v.131 n.8 Santiago ago. 2003