

Medicina Basada en Evidencias.

Historia de la MBE:

La medicina basada en evidencias comenzó durante el reinado del emperador Qianlong en China en el siglo XVIII, pues durante este periodo se desarrolló una metodología para poder interpretar los textos de Confucio llamado “Kaozheng” que en español significa “practicando investigación con evidencias”

En el siglo XVI, Harvey demostró que las teorías de Galeno sobre la circulación vigentes desde el imperio romano eran falsas, creando el nuevo método de la medicina científica.

En 1952 apareció el primer ensayo clínico aleatorio publicado en British Medical Journal permitiendo cuantificar la eficacia real y la seguridad de las intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas.

El ensayo clínico fue indispensable para que se desarrollaran las técnicas de estudio y análisis científico, basado en la estadística y epidemiología.

A finales de la década de los 70's epidemiólogos históricos entre ellos: Sacket, Haynes y Tugwell, se esforzaban por integrar los datos de la investigación clínica en la toma de decisiones en la práctica médica.

En la década de los 80 aparecieron las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas médicas.

Durante todo este trayecto en la década de los 90's en la Universidad de McMaster en Canadá, G. Guyatt acuñó el término Medicina basada en la Evidencia, poniendo un nuevo enfoque en la medicina, pudiendo ayudar a basar las decisiones médicas con el apoyo de la investigación.

Sin embargo como en todo gran descubrimiento siempre hay opiniones contradictorias, pues lo consideraron como una distracción, catalogándolo como “recetas de cocina” que impedirían la relación médico-paciente. Afortunadamente en la actualidad se han reducido estas diferencias. La propuesta actual de la MBE es dejar por escrito las mejores evidencias posibles para la toma de decisiones clínicas, en enfermedades donde no se tenga suficiente experiencia por parte del médico, tomando las investigaciones de otros más experimentados en el tema.

La MBE propone la revisión sistemática, la meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados. Consiste en el juicio de las mejores y más actuales pruebas en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada individuo.

Tipos de estudio.

- Estudios aleatorizados controlados (RCT)
 - Responde preguntas de terapia o prevención.
 - Evita sesgo de sesgos de selección.
- Estudio cohorte.
 - Responde preguntas de pronóstico, etiología y prevención.
 - Cohorte son poblaciones definidas, para determinar características que distinguen el subgrupo.
 - En este estudio se identifican y comparan dos grupos en un periodo de tiempo.
- Estudio de casos y controles.
 - Responde preguntas de pronóstico, etiología y prevención.
 - Identifica pacientes que ya tienen el resultado de interés y controles sin el resultado y se observan los antecedentes para ver si ellos tienen la exposición de interés o no.
- Serie de casos y reporte de casos
 - Respuestas a preguntas de pronóstico, etiología y prevención.
 - Consiste en colección de reportes sobre el tratamiento de pacientes individuales o de reportes de un solo paciente.

Tipo de sesgos más comunes en estudios observacionales.

Probabilidad de:	Cohortes.	Casos y controles.	Corte transversal.	Estudios ecológicos.
Sesgo de selección.	Baja.	Alta.	Media.	No aplica.
Sesgo de memoria.	Baja.	Alta.	Alta.	No aplica.
Sesgo de confusión.	Baja.	Media.	Media	Alta.
Pérdida de seguimiento.	Alta.	Baja.	No aplica.	No aplica.
Tiempo necesario.	Media.	Media.	Media.	Baja.
Coste.	Media.	Media.	Media.	Baja.

Tipos de sesgos:

	Subtipos.	Diferencias.
S. de selección.	S. de no respuesta. S. de membrecía. S. de procedimiento de selección. S. de pérdidas de	Común en estudio de casos y cohortes. Error sistemático en los procedimientos para seleccionar a los sujetos del estudio. Impide extrapolar las conclusiones.
Sesgo de información.	Sesgo de recuerdo o de memoria. Sesgo de procedimientos. Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento. Sesgo de detección. Sesgo de adaptación. Sesgo de atención Sesgo del entrevistador. Sesgo de obsequiosidad.	Defecto al medir la exposición o la evolución que genera información diferente entre los grupos de estudio. Clasificación incorrecta de sujetos. Se debe por errores cometidos en la obtención de datos.
Sesgo de confusión o mezcla de datos.		La medición del defecto de una exposición sobre un riesgo se modifica. El efecto se puede sobrestimar, subestimar o revertir. Se puede prevenir en la etapa de análisis. A veces no se tiene el control sobre las variables que se miden en los sujetos en estudio.
Sesgo durante la planificación del estudio.	Sesgo presupuestarios. Sesgo de evaluación del proyecto. Sesgo de concepto.	Relacionado con la fuente de financiación, la información previa disponible y la planificación del estudio.
Sesgo durante el proceso de muestreo.	Sesgos debidos a falta de representatividad de la población.	Son debidos a la falta de representatividad de la muestra, o que la muestra

	Sesgos debido a falta de representatividad de la muestra.	no es una reproducción correcta de la población.
Sesgo durante recolección de datos.	Sesgo debido al encuestado. Sesgo por subjetividad. Sesgo por confusión o ignorancia. Sesgo por medición. Sesgo por abandono.	Se produce durante el proceso de la recogida de la información, ya sea por información incorrecta o incompleta.
Sesgo durante la etapa de análisis e interpretación.		Errores por transición correcta de la información, valores no aceptados por el campo de una base de datos.

Bibliografía.

Carlos Manterola, Tamara Otzen, Los sesgos en investigación clínica, artículo Scielo, 1156 – 1163.

Tobías, A. Validez y sesgos en la investigación médica. Notas de metodología estadística. JANO, 56(1297):76-7, 1999

Karla Sánchez Lara, Ricardo Sosa Sánchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba. Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana, artículo de revisión: pags. 9 – 11, 2007