

ALAN COVARRUBIAS MORA
MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Historia de la medicina basada en evidencias.

La aplicación de métodos objetivos o sistemáticos para evaluar los resultados de las diferentes actuaciones es relativamente reciente. A finales del siglo XVIII Pierre Louis utilizó por primera vez un 'método numérico' para cuantificar la eficacia de las sangrías en pacientes con neumonía, erisipela y faringitis, sin encontrar diferencias respecto a otras terapias.

No obstante, no fue hasta bien entrado el siglo XX, con la introducción y la progresiva aplicación del método científico, cuando comenzó a desarrollarse un tipo de medicina rigurosa, que trataba de basarse en pruebas objetivas, contrastables, reproducibles y generalizables.

Aún hoy se calcula que el 20-30% de las prácticas habituales son empíricas y no se ha evaluado su fundamento científico

En la década de 1980 surgió la epidemiología clínica, centrada en el estudio de los efectos y de los determinantes de las decisiones clínicas

La expresión 'medicina basada en la evidencia' (MBE) fue utilizada por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el ACP Journal Club].

En 1992 se constituyó el primer grupo de trabajo en MBE en Canadá

Identificación de lagunas de conocimiento en relación con decisiones clínicas
Formulación de una pregunta clínica bien estructurada
Búsqueda eficiente de la mejor evidencia disponible
Valoración crítica de la calidad de la evidencia
Análisis sistemático de los resultados de los estudios
Aplicación de los hallazgos a la toma de decisiones de un paciente concreto.

Tipos de estudios involucrados

Nivel de evidencia Tipo de estudio

I Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.

I-1 Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.

II-2 Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.

II-3 Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.

III Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Nivel de evidencia y Tipo de estudio

1++ Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.

1+ Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.

1- Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.

2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

2+ Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.

2- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal. 3 Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).

4 Opiniones de expertos

Tipos de Sesgos

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
Pérdidas de seguimiento	Alta	Baja	No aplica	No aplica
Tiempo necesario	Elevada	Medida	Media	Baja
Coste	Alta	Medida	Media	Baja

Causas internas que incluso un médico ocupado puede modificar	Soluciones para el medico ocupado
Libros de texto obsoletos	No le libro como guía terapéutica
Editoriales y revisiones sesgadas	No lea editoriales y revisiones como guía para

	la terapia sino son sistemáticas
Demasiada producción (el medico medio necesitara leer 19 artículos para actualizarse)	Lea revisiones de buena calidad, mejor que artículos originales
Revisiones difíciles de encontrar	Mejora de sus habilidades sobre valoración critica
Incapacidad en obtener evidencia útil identificada	Aprendizaje de software sobre manejo bibliográfico
Traslado de los datos de grupos a pacientes concretos	Mejora de conocimientos sobre riesgos basales
Tiempo insuficiente	Sea más tajante sobre que leer mediante una buena estrategia de selección

BIBLIOGRAFÍAS:

ARTÍCULO : Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación, M. Vega-de Céniga a , N. Allegue-Allegue b , S. Bellmunt-Montoya c , C. López-Espada d , R. Riera-Vázquez e , T. Solanich-Valldaura f , J. Pardo-Pardo g. ANGIOLOGÍA 2009; 61 (1): 29-34

ARTÍCULO: Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II) J. Primo Hospital de Sagunto, Valencia. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día 39 - Vol. 2 - Nº. 2 - 2003 Este trabajo se presentó en el Symposium "Gestión del conocimiento y su aplicación en la Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal" celebrado el 24 de enero de 2003 en Valencia

ARTÍCULO: Los Sesgos en Investigación Clínica Bias in Clinical Research Carlos Manterola Tamara Otzen MANTEROLA, C. & OTZEN, T. Los sesgos en investigación clínica. Int. J. Morphol., 33(3):1156-1164, 2015.