

## Historia de la medicina basada en evidencia.

Muchas de las ideas que promueven el ejercicio de la MBE son muy antiguas.<sup>11</sup> 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, 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 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.

## TIPOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Entre los diseños de estudio más empleados están:

- ❖ Los estudios transversales,
- ❖ Los estudios de cohortes,
- ❖ Los estudios de casos y controles
- ❖ Los ensayos clínicos.

## TIPOS DE SESGOS:

<b>Sesgos de selección.</b>	Particularmente común en los estudios de casos y controles. Ocurre cuando hay un error sistemático en los procedimientos utilizados para seleccionar a los sujetos del estudio.
<b>Sesgo de información o medición.</b>	Este tipo de sesgo ocurre cuando se produce un defecto al medir la exposición o la evolución que genera información diferente entre los grupos en estudio que se comparan.
<b>Sesgo de confusión o mezcla de efectos.</b>	Ocurre cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se modifica, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre la evolución del resultado en estudio.
<b>Sesgo durante la planeación del estudio.</b>	Estos pueden relacionarse con la fuente de financiación, la información previa disponible y la planificación del estudio propiamente tal.
<b>Sesgos durante el proceso de muestreo.</b>	Son debidos a la falta de representatividad de la muestra, es decir, a que la muestra no es una reproducción correcta de la población.

<b>Sesgo durante la recolección de datos.</b>	Se producen durante el proceso de la recogida de la información, ya sea por la obtención de información incompleta o errónea o por la modificación de la muestra (o parte de ella) sesgo durante la ejecución de la investigación.
<b>Sesgo durante la etapa de análisis e interpretación.</b>	En esta fase pueden ocurrir errores sistemáticos por transcripción incorrecta de la información a la base de datos.
<b>Sesgo de publicación.</b>	Se puede considerar un tipo de sesgo de selección, que ocurre cuando el investigador piensa que los estudios publicados son todos los realmente realizados.

### **Bibliografías:**

Lara K, Sosa R, Renner D, Motola D. Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana [Internet]. Medigraphic. 2007 [citado el 22 Enero del 2017]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2007/ms071b.pdf>

Molina Arias M, Ochoa Sangrador C. Tipos de estudios epidemiológicos. Evid Pediatr. 2013;9:53. [citado el 22 Enero del 2017]. Disponible en:

<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/Molina-A.-Tipos-de-estudios-epidemiologicos.-Evid-Ped-2013.pdf>

Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica [Internet]. 2015 [citado el 22 Enero del 2017]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>