

## HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La Medicina Basada en la Evidencia ha sido definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia. El avance tecnológico y la magnitud de información que actualmente un médico debe conocer para basar sus decisiones en la mejor evidencia hacen necesario que se sistematice la búsqueda, se aprecie críticamente la literatura y se aplique ese conocimiento para el logro de los mejores resultados. La difusión de esta forma de hacer Medicina pretende agregar al juicio clínico que se logra con la experiencia a través de los años, una forma práctica y sistemática de enfrentar el problema y reducir la posibilidad de error ante la toma de decisiones. No debemos pensar que puede ser usada por administradores de servicios de salud para reducir costos. Cuando se hace Medicina Basada en la Evidencia se aplican las medidas clínicas de mayor efectividad en beneficio de los pacientes y esto más que reducir puede aumentar los costos. Canadá, Holanda e Inglaterra tienen Centros de Medicina Basada en la Evidencia que reciben apoyo gubernamental. En Argentina nosotros necesitamos ser conscientes de este movimiento e intentar colaborar en la difusión de estas estrategias que pueden ayudar a mejorar la calidad de atención médica. (1)

Se desarrolla desde finales de los 80 y sobre todo en la década de los 90 y se deriva como un subproducto de la Epidemiología Clínica, que se había desarrollado en la década anterior. En la década de los 80 se publican también varios libros de texto dedicados a la Epidemiología Clínica. Uno de los libros principales y más conocidos sobre esta disciplina tiene como autor a *David L Sackett*, uno de los fundadores de la MBE. El concepto de Medicina Basada en la Evidencia fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”. En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible –la evidencia– para aplicarla a la práctica clínica.(2)

Sus motivos eran, o parecían bien razonables: si cada vez más, a través de la aplicación de los métodos de la epidemiología clínica surgían medios diagnósticos, procedimientos terapéuticos o conocimiento sobre determinados factores pronóstico que de alguna manera sugerían cambios en la conducta con el

paciente, ¿por qué en la práctica médica se avanzaba poco en el empleo de tales métodos?, ¿por qué se continuaban indicando terapéuticas o medios diagnósticos menos eficaces? La respuesta la dieron varios estudios publicados en la época. Una encuesta realizada a un grupo de médicos generales en los EEUU encuentra que la mayoría de los médicos participantes leía menos de una hora a la semana sobre sus pacientes. En 1991 otro estudio revela que el conocimiento de los médicos sobre la mejor forma de atención a pacientes con hipertensión arterial disminuye con el tiempo de graduados, lo que llamó la "pendiente resbaladiza".

Estos y otros elementos los condujeron a proponer un nuevo enfoque para la práctica de la medicina y le llamaron MBE. ¿En qué consistía este nuevo enfoque? La primera y quizás más certera respuesta la dan *Rosenberg y Donald* en 1995 cuando afirman que:

## **Tipos de estudio:**

### **1. Descriptivos**

- Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población.
- Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente.
- Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.
- Caso reporte: un caso en particular sobre una patología poco común.

### **2. Analíticos**

- *Observacionales*
- Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.
- Cohortes: con dos grupos de individuos sanos, uno expuesto a un factor y el otro no

### **Experimentales**

- Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés. Ej: grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo
- Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar.
- Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad.

### 3. Revisiones

- *No Sistemáticas*: revisión clásica o tradicional. El autor expone su experiencia, su opinión.
- *Cualitativa*: Metaanálisis cualitativo.

Cuantitativa: Metaanálisis, se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.

### TIPOS DE SESGOS:

<b>Sesgo</b>	Error sistemático de un estudio de investigación.
<b>Sesgo de selección</b>	Error que surge en el seguimiento de la identificación de la población del estudio. No siempre se refiere a los pacientes incluidos en un estudio; también puede referirse a los artículos incluidos para realizar un meta-análisis: por ejemplo, elegir sólo artículos en idioma inglés deja fuera del análisis a cualquier artículo relacionado con el tema que esté publicado en otro idioma.
<b>Sesgo de observación o información</b>	Error sistemático en la medición de información acerca de la exposición o resultados.
<b>Sesgo de recuerdo</b>	Es un tipo de sesgo de información. Se observa cuando los sujetos del estudio expuestos a un factor de riesgo o que tengan algún evento adverso recuerdan sus experiencias de una manera sistemáticamente diferente de los que no están expuestos o no padecen el evento

	adverso.
<b>Sesgo de publicación</b>	Se refiere a la tendencia de las revistas científicas a publicar artículos con resultados positivos (los que encuentran diferencias significativas) mucho más fácilmente que aquellos con resultados negativos. Este tipo de sesgo puede ser un problema principalmente en los meta-análisis.

## Bibliografía:

- ACA. (2017). *MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA*. [online] Available at: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/medicinabasadaenlaevidencia\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/medicinabasadaenlaevidencia_1.pdf) [Accessed 23 Jan. 2017]. (1)
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso apropiado de la medicina basada en pruebas, revisión de diez artículos recientes. *AMF*. 2005; 1(1):46-56.(2)
- <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n5/3995.pdf>
-