|  |
| --- |
| UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR |
| “Medicina basada en evidencias, tipo de estudios que se involucran y sesgos” |
|  |
|  |
| **José Arturo Barragán Medina** |
| **27/08/2014** |



MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La medicina antigua a menudo implicaba prácticas o tratamientos cuya efectividad no estaba comprobada o que, incluso, eran nocivos. Las sangrías se usaron durante siglos; los exámenes clínicos sin condiciones de asepsia generaban contagios, a menudo mortales, como la fiebre puerperal que Ignaz Semmelweis investigó; “el Cordial” de Godfrey, un jarabe para niños a base de opiáceos, fue una de las causas de aumento de la mortalidad infantil en la Inglaterra de la revolución industrial; la talidomida se recetó a embarazadas sin tener en cuenta sus efectos teratógenos, entonces desconocidos.

La práctica de MBE requiere la integración de la experiencia clínica individual con los mejores datos objetivos cuando se toma una decisión terapéutica. Los datos científicos más utilizados derivan de ensayos clínicos controlados, estudios de investigación secundarios, investigaciones de vigilancia farmacológica post comercialización, metaanálisis, revisiones sistemáticas o análisis económicos

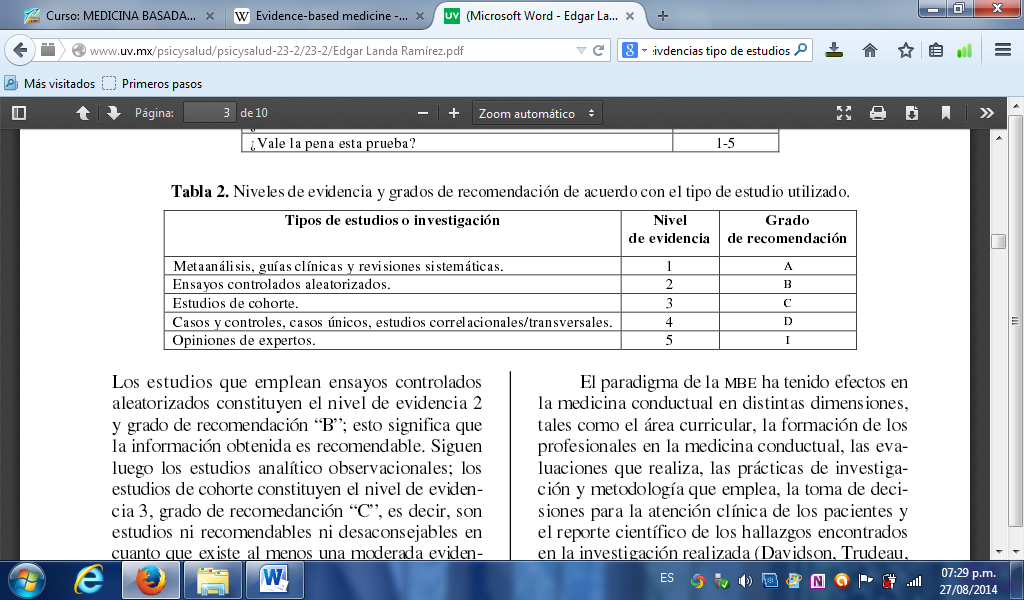
Al inicio de la década de los 60s muchas fallas se hicieron aparentes en la forma tradicional en cuanto a las tomas de decisiones médicas. Alvan Feinstein realizo una publicación “juicio clínico” en 1967 en el cual enfoco su atención en el razonamiento medico e identificar factores que lo pudiesen afectar. En 1972 Archie Cochrane publicó “Efectividad y Eficiencia”, el cual describía la ausencia de estudios controlados que apoyaran a las practicas que previamente se creían efectivas. En 1973 John Wenberg empezó a documentar variaciones amplias sobre como llevaban a cabo su práctica varios médicos. En 1980 David Eddy describió errores en el razonamiento clínico. A finales de 1980 un grupo de médicos mostraron que una gran proporción de procedimientos llevados a cabo por médicos eran considerados inapropiados aun por los propios estándares de sus propios expertos. Estas áreas de investigación aumentaron las dudas sobre la debilidad existente en las decisiones médicas al nivel de ambos tanto de pacientes en su forma individual como de poblaciones.

El término “basada en evidencias” se usó por primera vez por David M. Eddy en el contexto de políticas sobre niveles de población tales como las guías de práctica clínica. Empezó a usar el término basada en evidencias en 1987 en lugares de trabajo para enseñar métodos formales con el fin de diseñar guías de práctica clínica. El manual fue puesto a la disposición de la población interesada en el mismo. Eddy público el término basada en evidencias por primera vez en Marzo de 1990 en un artículo de la asociación médica americana el cual mostraba los principios sobre la medicina basada en evidencias.

El término medicina basada en evidencias ahora se aplica a programas que designan guías de practica que designan evidencia basada que enseñan la misma a practicantes. Para el año 2000 la medicina basada en evidencias se habría convertido en una sombrilla de términos para hacer énfasis en la evidencia tanto a nivel poblacional como individual.

La medicina basada en evidencias ha sido definida entonces como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia medica disponible para la toma de decisiones acerca de la atención médica de pacientes individuales. Medicina basada en evidencias ha sido definida como un proceso que consiste en la incorporación de la mejor evidencia dentro de la práctica médica diaria.

TIPOS DE ESTUDIO



Los estudios que emplean ensayos controlados aleatorizados constituyen el nivel de evidencia 2 y grado de recomendación “B”; esto significa que la información obtenida es recomendable. Siguen luego los estudios analítico observacionales; los estudios de cohorte constituyen el nivel de evidencia 3, grado de recomendación “C”, es decir, son estudios ni recomendables ni desaconsejables en cuanto que existe al menos una moderada evidencia de lo que se está evaluando. Los estudios correlacionales/transversales, casos únicos, casos y controles conforman el nivel de evidencia 4, grado de recomendación “D”, lo que implica que son desaconsejables. Finalmente, las opiniones de expertos ocupan el nivel de evidencia 5, con el grado de recomendación “I”, lo que se traduce como evidencia insuficiente

TIPOS DE SESGO

Un sesgo es un error sistemático de un estudio de investigación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE SESGO** | **CARACTERISTICA** | **DIFERENCIA** |
| De selección | Cualquier error que surge en el proceso de identificación de la población del estudio | No siempre se refiere a los pacientes incluidos en el estudio, también puede referirse a los artículos incluidos para realizar un meta análisis. |
| De observación o información | Error sistemático en la medición de información acerca de la exposición o resultados |  |
| De recuerdo | 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. |  |
| De publicación | Se refiere a la tendencia de las revistas científicas a publicar artículos con resultados positivos mucho más fácilmente que aquellos con resultados negativos. | Puede ser un problema principalmente en los meta análisis, las conclusiones pueden ser erróneas, se puede basar la conclusión solo en los artículos publicados. |

BIBLIOGRAFIA:

1. “EVIDENCE BASED MEDICINE” . a new approach to teaching the practice of medicine . JAMA 268 2008.
2. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA y su importancia en la medicina conductual. Edgar Landa Ramirez. Diciembre 2013.