****

**MARICELA RAMOS ALVAREZ**

**LME3565 /8 SEMESTRE**

**UNIVERISDAD GUADALAJARA LAMAR**

**HOSPITAL DE LA MUJER**

1. **Investigar la historia de la medicina basada en evidencias, los tipos de estudios que se involucran (solamente nombrar cada uno de ellos), estructurar los tipos de sesgos en una tabla y sus respectivas diferencias.**

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.

Historia de la Medicina Basada en la Evidencia

Al tratar de establecer un orden cronológico con los antecedentes de lo que hoy se conoce como Medicina Basada en la Evidencia, debemos diferenciar entre sus bases filosóficas, y su reciente desarrollo. Poco es lo que se conoce de sus orígenes, al decir de sus entusiastas promotores, que fueron calificados como escépticos postrevolucionarios de París de mediados del siglo XIX como Bichat, Louis y Magendie. Respecto de la historia más reciente debemos hacer referencia a la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá. Esta referencia es de suma importancia pues lo novedoso de la propuesta educativa que esta Universidad ha comenzado a desarrollar a fines de la década del '60, es su orientación comunitaria centrada en las personas, interdisciplinaria y con aprendizaje basado en problemas. (1)

La medicina actual está cambiando drásticamente, en los últimos años, durante exposiciones científicas se escucha con frecuencia la expresión “la evidencia muestra...”, o frases similares, incluso en alumnos que defienden sus respuestas aludiendo a la “evidencia”, término común denominador que aparece en artículos y libros escritos por profesionales de la salud; sin embargo, pocos clínicos van más allá y describen realmente la jerarquía de la evidencia aludida. Por décadas, existieron multitud de brechas o divisiones entre la investigación y la práctica clínica y en consecuencia, decisiones terapéuticas ineficientes e inclusive peligrosas para los pacientes con el consecuente incremento de costos del tratamiento.(1)

 Como muestra de ello, tenemos las brechas existentes entre la práctica clínica diaria y la investigación biomédica, la medicina asistencial y la salud pública, el paciente individual y la población general, siendo ejemplos de “tensiones conceptuales” que toman cuerpo en la práctica cotidiana. (2)

historias de éxito de los 1990, ya que en un lapso de diez años el movimiento ha tenido una diseminación e impacto significativos en las políticas y estrategias de atención de la salud de países como el Reino Unido,4 en donde hay centros de MBE, servicios de salud mental, quirúrgicos, de medicina interna, pediátricos, etcétera, basados en evidencias y un marco organizacional acompañado por una miríada de accesorios como: manuales, cursos para practicar y para enseñar la MBE, revistas, libros, boletines, paquetes de herramientas y programas de cómputo, sitios de la red y grupos de discusión por correo electrónico, todos con el mote de MBE. Así como el apellido de MBE se ha convertido en un fenómeno global, con una diseminación rápida y dramática, igual de extraordinaria ha sido la adopción de algunos de los conceptos clave de la MBE en otras disciplinas, bajo el título genérico de “evidence-based practice”. Esta perspectiva se ha manifestado en diversas áreas profesionales como odontología, enfermería, salud pública, fisioterapia, salud mental y en la actualidad está progresando en otras áreas un poco más distantes de la medicina como son el trabajo social, la educación y el manejo de recursos humanos. (3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | I | Al menos un ensayo clínico y aleatorizado diseño de forma apropíada |
| 2 | II-1 | Ensayo clínico controlado bien diseñados, pero no aleatorizados |
| 3 | II-2 | Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, prefernetemente multicentricos. |
| 4 | II-3 | Multiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención y resultados sorprendentes en experiencia no controladas |
| 5 | III | Opciones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.  |

(4)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | Adecuada | Meta análisis de ECA | Análisis de datos indivicuales de los pacientes sin heterogeneidad.Diferentes técnicas de análisisMeta-regresion Mega-analisisCalidad de los estudios  |
| II | Adecuada  | ECA de muestra grande  | Evaluación del poder estadístico MulticentricoCalidad del estudio  |
| III | Buena a regular  | ECA de muestra pequeña  | Evaluación del poder estadístico Calidad del estudio  |
| IV | Buena a regular  | Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado  | Controles coincidentyes en el tiempoMulticentricoCalidad del estudio  |
| V | Regular  | Ensayo retrospectivo controlado no aleatorizado | Controles históricos Calidad del estudio  |
| VI | Regular  | Estudios de cohorte  | Multicentrico ApareamientoCalidad del estudio |
| VII | Regular  | Estudios de casos y controles  | Multicentrico Calidad del estudio |
| VIII | Pobre  | Series clínicas no controladas Estudios descriptivos: vigilancia epidemiológica, encuestas, registro, bases de datos, comités de expertos, conferencias de consenso, anécdotas o casos únicos  | Multicentrico  |

(4)

Sesgos de selección

1. Sesgo de Neymann (de prevalencia o incidencia): Se produce cuando la condición en estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella.(4)

2. Sesgo de Berkson (de admisión).

Este sesgo, conocido como "falacia de Berkson", fue descrito en 1946 a partir de la existencia de asociación negativa entre cáncer (variable dependiente) y tuberculosis pulmonar. En este estudio, los pacientes casos correspondieron a pacientes con cáncer y sus controles fueron obtenidos a partir de pacientes hospitalizados por otras causas. (4)

El estudio reportó baja frecuencia de pacientes cancerosos con antecedente de tuberculosis, comparados con los sujetos controles, con un valor de odds ratio inferior a uno, señalando la paradójica conclusión acerca de la tuberculosis como factor de protección para el cáncer. La dificultad en interpretar este hallazgo derivaba de la baja frecuencia de tuberculosis entre los hospitalizados por cáncer, lo que no significa que entre estos enfermos la frecuencia de la enfermedad fuera menor.(4)

3) Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario.

El grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos. En el primer caso puede existir por ejemplo un mayor compromiso o motivación con respecto a la información solicitada. Igualmente, la negativa de algunos sujetos para ser incluidos en un estudio puede estar dada por motivaciones sistemáticas experimentadas por ellos.

Por ejemplo, si un cuestionario indaga por hábito tabáquico en el contexto de una exploración acerca de enfermedad pulmonar, pueden rechazar su participación individuos que presentan problemas respiratorios y se automarginan para no ser sancionados socialmente o bien, pueden excluirse sujetos fumadores que se sienten sanos y no desean ser evaluados.

4) Sesgo de membresía (o de pertenencia)

Se produce cuando entre los sujetos evaluados se presentan subgrupos de sujetos que comparten algún atributo en particular, relacionado positiva o negativamente con la variable en estudio. Por ejemplo, el perfil de hábitos y costumbres de vida de los médicos puede diferir sensiblemente al de la población general, de tal manera que incorporar una gran cantidad de sujetos con esta profesión en un estudio puede determinar hallazgos condicionados por este factor 4 .

5) Sesgo del procedimiento de selección

Puede observarse en diseños de investigación experimentales (ensayos clínicos controlados), en los cuales no se respeta el principio de aleatoriedad en la asignación a los grupos de experimentación y de estudio.

**SEGOS DE MEDICION**

1) Sesgo de procedimientos: (Feinstein, 1985)

Ocasionalmente el grupo que presenta la variable dependiente resulta ser más interesante para el investigador que el grupo que participa como control. Por esta circunstancia, en el procedimiento de encuestaje, estos sujetos pueden concitar mayor preocupación e interés por conseguir la información. En el caso de un estudio en el que exista intervención, el sujeto del grupo experimental puede verse beneficiado con una mayor acuciosidad en la observación.

2) Sesgo de memoria (recall biass)

Frecuente de observar en estudios retrospectivos, en los cuales se pregunta por antecedente de exposición a determinadas circunstancias en diferentes períodos de la vida, existiendo la posibilidad de olvido. Esta dificultad se produce en aquellas mediciones que de por sí son de alta variabilidad, como por ejemplo, parámetros nutricionales, exposiciones inadvertidas a diversos factores y que pueden afectar la medición ya sea por su omisión absoluta o en la determinación de niveles de exposición.(4)

3) Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento.

Si no se cuenta con adecuados métodos de recolección de la información, es posible que la sensibilidad de los instrumentos empleados en tales mediciones carezca de la sensibilidad necesaria para poder detectar la presencia de la variable en estudio. Como consecuencia de ello, la frecuencia de tal variable puede tener órdenes de magnitud inferiores a la real.(4)

4) Sesgo de detección (Feinstein, Sosin, 1985)

Su ocurrencia se explica por la introducción de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo de un estudio. Si se trata de un estudio de sobrevivencia, por ejemplo, producto de una nueva reclasificación pueden verificarse cambios de etapificación de individuos, con el consiguiente cambio en el pronóstico, si fuera ésta la medida analizada.(4)

5) Sesgo de adaptación (compliance).

Se produce especialmente en estudios de intervención (experimentales o cuasi-experimentales), en los cuales individuos asignados inicialmente a un grupo particular deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención por sobre otro. En un ensayo clínico controlado la ocurrencia de este tipo de sesgo se neutraliza mediante la asignación aleatoria de los sujetos a los diferentes grupos de intervención y por la presencia del llamado "doble ciego", circunstancia en la cual tanto el investigador como el sujeto ignoran cual es el tipo de intervención (fármaco por ejemplo) que reciben los individuos participantes. El control de este sesgo es mucho más difícil en el caso de los estudios cuasi experimentales, en los cuales un gran contingente de individuos puede conocer indirectamente los beneficios de una intervención diferente a la que recibe en el estudio.(4)

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/medicinabasadaenlaevidencia_1.pdf>
2. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/medicinabasadaenlaevidencia_1.pdf>
3. <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2001/bc012i.pdf>
4. <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>