

Universidad Guadalajara

LAMAR



MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Actividad Preliminar "Conceptos de Epidemiología clínica"

Lomeli Arriaga Jessica Lisbeth

LME 3664

Hospital General de Occidente

Actividad preliminar: "CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA"

1.- HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

En 1753 Lind demostró el beneficio de comer naranjas y limones para curar el escorbuto, en un estudio clínico de 12 pacientes. La investigación clínica se desarrollaba lentamente, hasta dos siglos después en que apareció, en 1952, en el British Medical Journal, el primer ensayo clínico randomizado. En 1990, G. Guyatt acuñó el término «Medicina Basada en Evidencia» (MBE) en un documento informal destinado a los residentes de Medicina Interna de la Universidad de Mc Master, en Canadá. Su difusión en la práctica clínica se produjo a partir de 1992 con la serie de artículos publicados en la revista JAMA y el término fue ampliado, denominándose «Evidence Based Health Care» (EBHC); esta a tenido tal impacto que, sistemas de salud de países como Inglaterra y Canadá, incorporaron los principios de la EBHC en sus políticas de salud y financian centros de estudios como el National Institute of Clinical Evidence (NICE) para desarrollar investigación en esta área.

La MBE resta fuerza a la intuición, la experiencia clínica no sistematizada y la fisiopatología como elementos suficientes para la toma de decisiones clínicas, y acentúa el valor del examen riguroso de las pruebas científicas suministradas por la investigación clínica. Para ello incorpora al arsenal de saberes y habilidades básicas para el desempeño de la profesión médica, la destreza en el uso de una serie de conocimientos sencillos de estadística, diseño de investigaciones y epidemiología clínica.

Como toda innovación que se precie de tal, la aparición y desarrollo de la MBE generó una fuerte polémica entre sus defensores y detractores: Ya no bastaba la experiencia sino que era obligatorio tener evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas; Los detractores lo consideraron una exageración, la «deshumanización» de la medicina con mucha ciencia y poco arte... Estas dos posturas son extremas.

La propuesta actual de la MBE es usar la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas, sin desconocer la importancia de la experiencia. Este concepto de mejor evidencia implica necesariamente jerarquizar la evidencia.

Tabla 1. Jerarquía de la evidencia

Jerarquía	Diseños	Sesgo
I	Revisión sistemática y meta análisis	+
I	Estudios clínicos randomizados	+
II	Estudios observacionales: cohortes y caso-control	++
III	Reporte de series y casos clínicos	+++
IV	Experiencia clínica	++++

+ = mínimo sesgo

++++ = máximo sesgo

La MBE propone que las revisiones sistemáticas (RS) de estudios clínicos randomizados (ECR) y los ECR son el mayor nivel de evidencia, no los únicos, sólo los de mayor jerarquía; es decir, basaremos nuestra decisión clínica en una RS o ECR si los hubiese, de lo contrario nos basaremos en los niveles siguientes. No podemos detener el proceso de toma de decisiones frente a un enfermo cuando no hay una RS o un ECR que avalen la decisión.

La evidencia se considera siempre necesaria, pero nunca será suficiente para tomar decisiones. Hay múltiples factores a considerar al momento de tomar una decisión clínica, lo que nos lleva a la segunda propuesta de la MBE: el uso de la evidencia debe ser explícito y juicioso, para que así, nuestros pacientes puedan beneficiarse de la mejor decisión. Se considera a la MBE un elemento más de juicio en el proceso de toma de decisiones clínicas, en que se conjugan tanto la experiencia y el juicio clínico, la realidad del entorno con los recursos disponibles, los valores o preferencias del paciente y la mejor evidencia proveniente de estudios clínicos.

¿Cómo practicar la MBE?

Practicar la MBE sólo tiene sentido en relación con una situación clínica que genere incertidumbre respecto a cuál es la mejor decisión clínica. Para respondernos, buscamos la evidencia pertinente usando estrategias de búsqueda eficiente en las bases de datos apropiadas. Luego hacemos el análisis crítico de la evidencia encontrada, lo que constituye un pilar fundamental de la MBE, pues no todo lo publicado tiene la misma calidad científica. Finalmente cerramos el proceso decidiendo cómo influirá esta nueva evidencia en la resolución de la incertidumbre inicial.

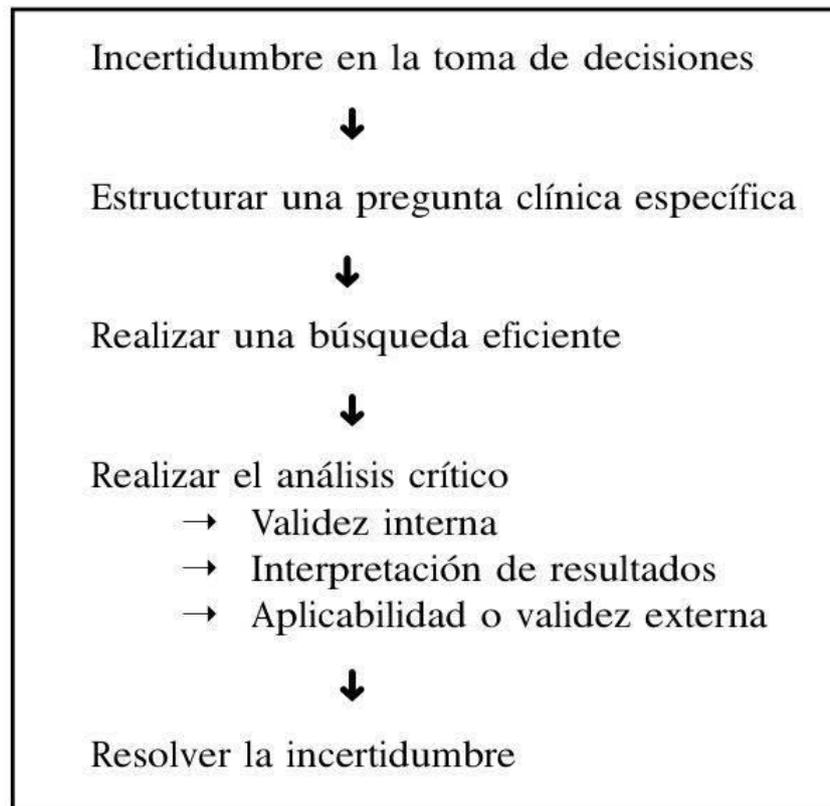


Figura 2. Proceso de la MBE.

MBE en el nuevo milenio

El enorme desarrollo de la investigación científica hace que el volumen de información sea inmanejable para el clínico con escaso tiempo para dedicar al estudio. Los médicos deben, pues, adquirir la responsabilidad de evaluar de forma crítica e independiente la credibilidad tanto de las evidencias como de las opiniones ofertadas: se trata de actuar en la clínica utilizando información seleccionada y relevante, y que venga avalada por datos obtenidos a través del método científico más riguroso. En este contexto la MBE es una herramienta útil para mantenernos al día en la información acercando la investigación científica a la práctica clínica, como pretendían sus iniciadores. Actualmente la MBE se desarrolla en tres niveles:

1. Quienes generan evidencia son aquellos que realizan investigación clínica.
2. Quienes practican la MBE son aquellos que realizan el proceso completo de la MBE.
3. Quienes usan la MBE son aquellos que, estando de acuerdo con utilizar la MBE para tomar decisiones, no tienen las herramientas o el tiempo suficiente para realizar el proceso completo.

2.- TIPOS DE ESTUDIOS

- De acuerdo a nivel de evidencia:

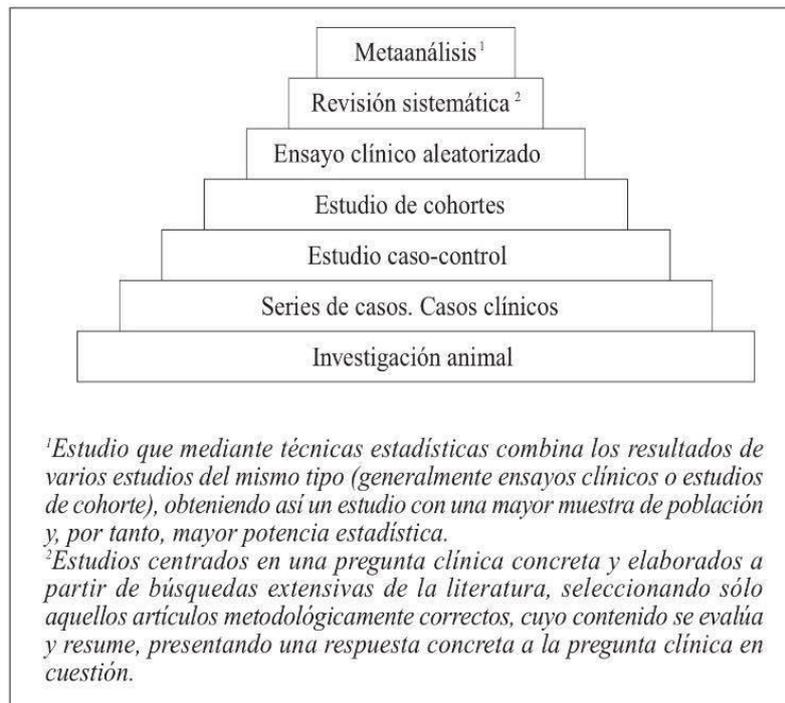


Figura 3. La pirámide de la evidencia.

- Tipos de estudios epidemiológicos:

Experimentales	No experimentales
Ensayo clínico	Estudios ecológicos
Ensayo de campo	Estudios de prevalencia
Ensayo comunitario de intervención	Estudios casos y controles
	Estudios de cohortes o de seguimiento

Descriptivos	Analíticos
En población Estudios ecológicos	Observacionales -Estudios de casos y controles -Estudios de cohortes (retrospectivos)
En individuos -A propósito de un caso -Serie de casos -Transversales / prevalencia	Intervención -Ensayo clínico -Ensayo de campo -Ensayo comunitario

3.- TIPOS DE SEGOS

Sesgos de selección	Sesgos de información	Sesgos de confusión
<p>*Los grupos del estudio no son comparables debido a como fueron seleccionados los pacientes. Estos sesgos se pueden cometer:</p> <p>a. Al seleccionar el grupo control.</p> <p>b. Al seleccionar el espacio muestral donde se realizará el estudio.</p> <p>c. Por pérdidas en el seguimiento.</p> <p>d. Por la presencia de una supervivencia selectiva.</p> <p>Son un problema fundamental en los estudios de casos y controles y en los estudios de cohortes retrospectivos donde la exposición y el resultado final ya han ocurrido en el momento que los individuos son seleccionados para el estudio.</p>	<p>*Los grupos de pacientes del estudio no son comparables debido a como se obtuvieron los datos. Las fuentes de sesgo de información más frecuentes son:</p> <p>a. Instrumento de medida no adecuado.</p> <p>b. Criterios diagnósticos incorrectos.</p> <p>c. Omisiones.</p> <p>d. Imprecisiones en la información.</p> <p>e. Errores en la clasificación.</p> <p>f. Errores introducidos por los cuestionarios o las encuestadoras.</p> <p>Los sesgos de observación o información se derivan de las diferencias sistemáticas en las que los datos sobre exposición o resultado final, se obtienen de los diferentes grupos.</p> <p>Es una distorsión en la estimación del efecto por errores de medición en la exposición o enfermedad o en la clasificación errónea de los sujetos.</p>	<p>*Asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio, o no se observa una asociación real entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada.</p> <p>Los resultados de un estudio estarán confundidos cuando los resultados obtenidos en la población en estudio apoyan una conclusión falsa o espuria sobre la hipótesis en evaluación, debido a la influencia de otras variables que no fueron controladas adecuadamente.</p> <p>Todos los resultados de estudios observacionales están influenciados por este tipo de sesgo.</p> <p>Puede resultar en una sobre o subestimación de la asociación real.</p>

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Letelier LM, Moore P, La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. Rev Méd Chile 2003; 131: 939-946.
- 2.- Ibañez Pradas V, Modesto Alapont V, Introducción a la medicina basada en la evidencia. Cir Pediatr 2005; 18: 55-60.
- 3.- Hernández Ávila M, Garrido F, Salazar Martínez E, Sesgos en estudios epidemiológico. Salud pública de México/vol.42, no.5.