



UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR
MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS
ACTIVIDAD PRELIMINAR

“CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA”

Alumna: Claudia Karina Beltrán Arenas

GUADALAJARA, JALISCO

12/02/2016

HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

Desde Aristóteles, se hablaba de la probabilidad de una opinión y de su validez. En el siglo XVII Bernoulli elaboró la teoría matemática de las probabilidades sustituyendo la idea de Aristóteles, tomando la postura de equiprobabilismo o la admisión de un argumento por la opinión de un solo autor obteniendo un 50% de certeza. Más adelante cuando la medicina dejó de ser deductiva y pasó a ser experimental, Claude Bernad lo llamó medicina experimental. La medicina basada en evidencia surge en primer lugar en el siglo XIX en París con personajes como Biacht, Magendie, etc. Sustentando esta nueva corriente con la experimentación y práctica verificada.

En el siglo XX dentro de la medicina experimental se sustituyeron los conceptos de analogía y extrapolación por los de verificación y evidencia, denominándose investigación clínica. Las herramientas que fomentaron la MBE fueron los ensayos clínicos, epidemiología clínica y el desarrollo de internet. Otro factor que contribuyó a su desarrollo fue en la escuela de Medicina de la Universidad McMaster, Canadá, por David Sackett, a finales de los sesenta, con un programa educativo interdisciplinario centrado en la resolución de problemas individuales, llevando una metodología de MBE, con identificación del problema, búsqueda de información, resolución, etc. Sackett enfatizó la importancia de la epidemiología y la estadística. Y a finales de los ochenta apareció el Canadian Medical Association Journal, una de las primeras revistas en revisar estudios publicados. En los noventa Guyatt acuñó el término Medicina basada en evidencia en un documento para la universidad McMaster. Haynes, Debereaux y Guyatt agregaron la experiencia clínica del personal de salud y expectativas del paciente que dieron forma a la medicina basada en evidencia. En 1992 el JAMA inició la serie de artículos "Users' Guides to the Medical Literature", iniciativa liderada por el Dr. Guyatt y epidemiólogos clínicos de universidades norteamericanas y europeas. Posteriormente, el término MBE fue ampliado para incluir otras especialidades médicas y no médicas que inciden en el cuidado de pacientes, denominándose "Evidence Based Health Care" (EBHC) actualmente conocida como medicina basada en evidencias.

Más adelante Archie Cochrane impulsó en Oxford a un grupo de investigadores para controlar trabajos de práctica médica, elaborando base de datos con revisiones sistemáticas de trabajos controlados y randomizados, originando Cochrane y The Cochrane Library.

Las ventajas de la medicina basada en evidencia son tanto para el paciente como médicos para ofrecer mejor alternativa diagnóstica, terapéutica, beneficios para el sistema sanitario. Ha tenido impacto en sistemas de salud de países como Inglaterra y Canadá, que incorporaron los principios de la MBE en sus políticas de salud y

financian centros de estudios como el National Institute of Clinical Evidence (NICE) para desarrollar investigación en esta área.

TIPOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

- 1) Descriptivos
 - 1.1 Correlacionales
 - 1.2 Reporte de un caso
 - 1.3 Reporte de una serie de casos
 - 1.4 Estudios transversales o de prevalencia
- 2) Analíticos
 - 2.1 Observacionales (estudios de cohortes y estudios de casos y controles)
 - 2.2 Experimentales (ensayos clínicos)

TIPOS DE SESGOS

SESGO	CARACTERÍSTICAS
Publicación	Tendencia de publicar resultados positivos y rechazar los negativos por arbitrajes científicos, eliminando gran cantidad de información.
Del idioma	Los documentos escritos originalmente en inglés tienen mayor posibilidad a publicarse, recuperarse y de ser citados en comparación que los que utilizan otro idioma. Se refiere a cualquier estudio meta-analítico.
De medición:	<p>Cuando las mediciones o clasificaciones individuales de la enfermedad o exposición son inexactas.</p> <p>De recuerdo: cuando en casos y controles o retrospectivos se recuerda información de forma distinta por olvido.</p> <p>No diferencial: por infravaloración de la verdadera fuerza de la relación.</p> <p>Falta de sensibilidad de instrumentos: imposible detectar la variable en estudio.</p> <p>Procedimientos: por preferencia de un grupo de variable dependiente que el grupo control.</p> <p>Adaptación: cuando los individuos migran de un grupo a otro por preferencias de intervención.</p>
De selección:	<p>Consiste en la inclusión selectiva de los trabajos basados en criterios subjetivos del revisor, lo que origina diferencias en el peso de los estudios. Cuando hay una diferencia sistemática entre las características de la población seleccionada para un estudio y las características de la no seleccionada.</p> <p>Cuando la enfermedad no es detectable</p> <p>De participante sano: los enfermos son excluidos por estar incapacitados, en domicilio y hospital.</p> <p>De prevalencia: por fallecimiento de los sujetos estudiados.</p>

	De admisión Efecto del voluntario: por el grado de una motivación de un sujeto que participa en la investigación. Del procedimiento de selección: no hay aleatoriedad. Cuando se seleccionan a sí mismos para el estudio.
Confirmatorio	Tendencia de dar crédito y llamar la atención sobre las experiencias que dan apoyo a su punto de vista desacreditando a los demás. Los demás datos son impopulares.
De citación	Se citan más los estudios positivos, por ser fácil de identificar que los negativos, tendencia a la autocita.
De información	Carencia de información sobre las variaciones en la magnitud de los tamaños del efecto, no se analizan las variables moderadoras, información no comparable. Produce errores en la interpretación
De confusión	Situación en la que la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se altera, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre el resultado.
Accesibilidad	Propuesta de definición: amenaza a la fiabilidad de los resultados de la revisión, el cual se origina cuando los documentos más accesibles tienen mayor probabilidad de ser incorporados a la revisión. Relacionado con recursos. Población no representativa, sobreestimar la magnitud del efecto experimental.

REFERENCIAS CONSULTADAS:

Hernández, M. Garrido, F. & Salazar, E. Sesgos en estudios epidemiológicos. 2000. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

Avilés, R. & Morales, M. Sesgos más frecuentes en la elaboración de las revisiones bibliográficas. 2008. Universidad de Camaguey, Cuba. Recuperado de: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/eventos/import/Sesgos%20mas%20frecuentes%20en%20la%20elaboracion%20de%20las%20Revisiones%20Bibliograficas.pdf>

Beaglehole, R. Bonita & T. Kjellstrom. Epidemiología básica. 2003. Organización panamericana de la salud. EUA.

Letieler, L. Moore, P. La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. 2003. Rev. Med Chile v. 131 ISSN 0034-9887 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016

Ramirez, E. Martínez, a. Sánchez, J. Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. 2013. Psicología y salud. Vol. 23. UNAM, México.