



CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

Medicina Basada en Evidencias



DOCENTE: DR. HUGO VILLALOBOS

2016-A
GUZMÁN LEGUEL YISEL MI

Historia de la Medicina Basada en Evidencias (MBE)

Durante varias décadas la medicina fue ejercida en base a las experiencias personales, sin saber exactamente si era correcto la manera de abordar al paciente y su plan de manejo. John Snow en 1854 demostró que la aparición del cólera se relacionaba con el consumo de agua proveniente de un pozo contaminado con excretas en un barrio de Londres. Sin embargo, la MBE no se estableció como tal. Con el tiempo surgieron epidemiólogos clínicos (Sackett, Haynes y Tugwell) que se comenzaron a preguntar acerca de la funcionalidad de la experiencia como base o referencia. A finales de la década de los 70's estos epidemiólogos trataron de integrar los datos de la investigación clínica a la toma de decisiones en la práctica médica. En los 80's aparecieron las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas. En Noviembre de 1992 Gordon Henry Guyatt y el Grupo de Trabajo en Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad McMaster en Ontario, Canadá, publica "*Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*" en la revista JAMA. Todo esto dio un nuevo enfoque a la docencia y práctica de la medicina y resaltando la importancia del examen crítico de las pruebas o evidencias procedentes de la investigación. La Medicina Basada en la Evidencia ha sido definida como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia médica disponible para la toma de decisiones acerca de la atención médica de pacientes individuales (Sánchez, 2007).

Tipos de estudios involucrados en MBE

PRIMARIOS

Observacionales: Series de casos, casos y controles, cohorte (Primo, 2003).

Experimentales: Ensayos clínicos aleatorizados y ensayos controlados (Primo, 2003).

SECUNDARIOS

Meta análisis, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, revisiones y editoriales.

Tipos de sesgos

Se dividen en dos grandes grupos:

<i>Sesgo de medición</i>	<i>Sesgo de selección</i>
Se sobreestiman beneficios	Selección no aleatoria para inclusión /tratamiento
Se subestiman efectos adversos	Las personas no tienen las mismas posibilidades de ser incluidos
Error en recolectar datos	Son seleccionados por conveniencia
Instrumentos de medición mal calibrados	Se omiten ciertos grupos de la muestra
Nivel de exposición, memoria	Autoselección
Distintas respuestas a diferentes entrevistadores	Ensayos clínicos: Falta de aleatoriedad
El observador ve lo que quiere ver	Estudios cohorte prospectivo: Pérdida de participantes durante el estudio
Reemplazo de un sujeto de estudio por otro	Casos y controles: Casos tienen baja prevalencia
Se evita con el ciego, validando instrumentos, definir adecuadamente las variables	Se evita con la aleatorización

Bibliografía

Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. (Noviembre de 1992). Obtenido de <http://www.cebma.org/wp-content/uploads/EBM-A-New-Approach-to-Teaching-the-Practice-of-Medicine.pdf>

Primo. (2003). *Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II)*. Obtenido de <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>

Sánchez, S. G. (2007). *Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2007/ms071b.pdf>

Zárate, A. (2007). *La medicina basada en evidencia y la publicidad masiva sobre el ejercicio clínico*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2007/am074j.pdf>