



UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR
MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS
ACTIVIDAD PRELIMINAR
"CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA"

Daniela Yamilet Camarena García

Dr. Jorge Sahagún

HCFAA

Febrero 2016

HISTORIA

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.

Durante el reinado del Emperador Qianlong en China Siglo XVIII, se desarrolló una metodología para interpretar los textos antiguos de Confucio, llamada “kaozheng”, que traducido significa “practicando investigación con evidencias”.

Hasta 1952 apareció el primer ensayo clínico aleatorio publicado en el British Medical Journal, este fue el punto de partida para el desarrollo de múltiples técnicas de estudio y análisis científicos basados en la estadística y la epidemiología.

A finales de la década de los 70 Sackett, Haynes, Tugwell y varios epidemiológicos pretendían integrar los datos de la investigación clínica a la toma de decisiones en la práctica médica.

En los 80 aparecieron las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas médicas.

En 1990 en la Universidad de McMaster en Canadá, G. Guyatt acuñó el término “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE) dando 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 MBE generó polémica ya que con este enfoque ya no bastaba sólo la experiencia, sino que era necesaria la evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas. La propuesta actual de la MBE es emplear la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas, sin desconocer la importancia de la experiencia

La MBE propone como mayor grado de evidencia a las revisiones sistemáticas (RS) el meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados .Si bien la evidencia se considera siempre necesaria, existen otros factores a considerar al tiempo

de tomar decisiones, lo que nos lleva a la segunda propuesta de la MBE: el uso de la evidencia debe ser explícito y juicioso.

La aplicación indiscriminada de evidencia sería en extremo peligrosa, pero la integración con criterio de la evidencia con otros factores determinantes, permitirán a nuestros pacientes beneficiarse de la mejor decisión.

En nuestro país el establecimiento de la MBE ha cursado por varios caminos difíciles, ya que ha habido grupos interesados, que comenzaron por utilizarla y enseñarla en su práctica profesional o institucional.

Existen organizaciones que han promovido la MBE, un evento significativo fue el primer seminario internacional de MBE en 1999 en la Ciudad de México,²⁸ organizado por el Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud de la Secretaría de Salud. Además, el Instituto Nacional de Salud Pública, a través del Centro de Información para Decisiones en Salud, incorporó nuestro país al programa de la Colaboración Cochrane Iberoamericana, desde el 2000, con un proyecto de trabajo muy importante que ha favorecido la elaboración de revisiones sistemáticas en español y el estudio de temas médicos relacionados a los países en vías de desarrollo.

TIPOS DE ESTUDIOS QUE INVOLUCRAN LA MBE:

- Descriptivos: Estudios ecológicos, Transversales, Series de casos, Case report.
- 2. Analíticos: Observacionales, Casos y controles, Cohortes, Experimentales, Ensayos clínicos/ de campo/ comunitarios.
- 3. Revisiones: No sistemáticas, Sistemáticas, Cualitativas, Cuantitativas.

TIPOS DE SESGOS

Sesgos de selección

- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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.

Sesgos de medición

- 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
- Sesgo de memoria (recall bias) :
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.

- 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.
- 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.
- 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.

BIBLIOGRAFÍA:

- Diana Pimentel-Nieto, Francisco Morales-Carmona; Medicina basada en la evidencia. Intención clínica: Pronóstico; Julio-Septiembre, 2010 Volumen 24, Número 3 pp 202-206
- Dra. Zulma Ortiz, Marcelo Garcia Dieguez; Dr Enrique Laffaire. Publicacion del Boletin de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
- Karla Sanchez Lara, Ricardo Sosa Sanchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba; Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana; Vol. 14, num. 1, Enero-Marzo 2007
- Los sesgos más frecuentes; Web Gabriel Rada. Revisado 2007 Tomás Merino