MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

ACTIVIDAD PRELIMINAR

25/08/2016

LAMAR UNIVERSIDAD

Luis Felipe Ramírez López

HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

En los últimos años el desarrollo de la MBE propone una disciplina socio sanitaria acerca de los conocimientos teorico-practicos del medico pasando del paradigma previo basado en el conocimiento físico-patológico, la experiencia clínica no sistematizada y la intuición del medico en el arte de su profesión; a lo que hoy propone es en realizar un énfasis en el análisis de las evidencias aportadas por la investigación, ósea estableciendo una ciencia en el arte de la medicina.

La MBE empezó como un movimiento de mejora de la calidad clínica, movimiento que se vio potenciado tanto por la crítica a la [medicina](https://es.wikipedia.org/wiki/Medicina) como por la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica. Su desarrollo se inició en los años sesenta del siglo XX, cuando se empezó a aplicar el diseño de los [ensayos clínicos](https://es.wikipedia.org/wiki/Ensayo_cl%C3%ADnico) al campo médico, y se desarrollaron trabajos iniciales al respecto. Sobre la falta de fundamento de las decisiones clínicas, los trabajos pioneros son de [Cochrane](https://es.wikipedia.org/wiki/Cochrane), en 1972; de [John Wennberg](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=John_Wennberg&action=edit&redlink=1) en 1973, son los trabajos sobre la variabilidad de la práctica clínica; y de [Iván Illich](https://es.wikipedia.org/wiki/Iv%C3%A1n_Illich) y [Thomás McKeown](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Thom%C3%A1s_McKeown&action=edit&redlink=1) en 1976, sobre crítica a la medicina. El concepto de «basado en pruebas» lo expresó, como tal, por primera vez [David Eddy](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=David_Eddy&action=edit&redlink=1) en 1982. Después vendría el desarrollo explosivo de la medicina basada en pruebas, primero en un círculo restringido, en 1991, y después en todo el mundo, desde 1992, por influencia del canadiense Evidence-Based Medicine Working Group.

En 1972 Archie Cochrane, un epidemiólogo ingles publico el libro “Effectivness and eficiency; random reflections on the health services” libro que fue de bastante influencia en el que argumentaba que los escasos recursos existentes en el cuidado de la salud podían ser eficientemente manejados solo si conocíamos cuales tratamientos eran efectivos y cuales no lo eran. A partir de 1980, en la facultad de McMaster en Ontario se publican un conjunto de trabajos de acerca de cómo analizar de correctamente la bibliografía medica cuando se esta al cuidado de un paciente o cuando se es responsable del mismo. En el fondo, se trata de una estrategia de análisis hacia la literatura medica que propone al lector un método de aprendizaje de los distintos diseños de investigación clínica, su pertinencia, validez y utilidad en cada casi o circunstancia y la interpretación objetiva de sus datos y resultados. David Sackett uno de los mas prestigiosos investigadores de este grupo, definía así a la MBE: - el uso juiciosos, consciente y explicito de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones medicas para el cuidado medicas para el cuidado de pacientes individuales- De forma general afirma Sackett – el conocimiento de los médicos comienza a deteriorarse cuando acaba su aprendizaje-

Tipos de studio en MBE

1-      Descriptivos

A Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población.

B Transversales: a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente

C Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.

D Case report: un caso en particular sobre una patología poco común

2-Analíticos

A *Observacionales*

a.1 Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.

a.2 Cohortes: con dos grupos de individuos sanos, uno expuesto a un factor y el otro no

B *Experimentales*

b.1 Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés.

b.2 Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar. b.3 Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad.

3-      Revisiones

3. a *No Sistemáticas:*revisión clásica o tradicional. El autor expone su experiencia, su opinión

3. b *Sistemáticas*

3b.1 Cualitativa: Meta análisis cualitativo

3. b.2 Cuantitativa: Meta análisis, se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis.

BIBLIOGRAFIA

Cochrane A. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.

Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. Science. 1973;82:1102-8. Illich I. Medical Nemesis. London: Random House; 1976.

McKeown T. The role of medicine, dream, miracle, or nemesis. London: Nuffield Provincial Trust; 1976.

Gervas J. Uso apropiado de la medicina basada en pruebas. Madrid: Equipo CESCA: 2005

|  |  |
| --- | --- |
| TIPO DE SESGO | CARACTERÍSTICAS |
| DE SELECCIÓN | * Se utiliza en casos y controles * Ocurre cuando hay un error sistemático en los procedimientos utilizados para seleccionar a los sujetos del estudio. |
| -De Neymann (de prevalencia o incidencia) | * Se produce cando la condición en estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella. |
| -De no respuesta (autoselección o efecto voluntario) | * Se produce cuando el grado de motivación de un sujeto que participa voluntariamente en una investigación, puede variar sensiblemente en relación con otros sujetos; ya sea por sobre o infa reporte. |
| -De membrecía (o pertenencia) | * Ocurre cuando entre los sujetos en estudio se presentan subgrupos de individuos que comparten algún atributo en particular, relacionado de forma positiva o negativa con la variable en estudio. |
| -Del procedimiento de selección | * Se produce en alunos ensayos clínicos, en los que no se respeta el proceso de asignación aleatoria a los grupos de estudio. |
| -De pérdidas de seguimiento | * Puede ocurrir especialmente en estudios de cohortes, cuando sujetos de una de las cohortes en estudio se pierde total o parcialmente (> o = 20%) y no se puede completar el seguimiento pre-establecido, generando una alteración relevante en los resultados. |
| DE MEMORIA | * Error sistemático debido a diferencias a la hora de recordar, de forma precisa y completa, los hechos o experiencias previos. |
| DE CONFUSIÓN O MEZCLA DE EFECTOS | * Ocurre cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se modifica, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre la evolución del resultado en estudio. |
| PERDIDAS DE SEGUIMIENTO | * El más problemático y frecuente en los estudios de cohorte. * Debido a pérdidas en el seguimiento. * Si las pérdidas están relacionadas con alguna característica de los participantes; las pérdidas determinarán de alguna manera los resultados obtenidos. |
| DE INFORMACIÓN O DE MEDICIÓN | * Ocurre cuando se produce un defectoal medir la exposición o la evolución que genera información diferente entre los grupos de estudio que se comparan. * Se debe a errores cometidos en la obtención de la información que se precisa una vez que los sujetos elegibles forman parte de la muestra del estudio. |
| -De recuerdo o de memoria (recall bias) | * Ocurre fundamentalmente en estudios de carácter retrospectivo en los que se estudia como posible exposición antecedentes de circunstancias acaecidas en etapas previas de la vida, en las que existe la posibilidad de olvido, en especial si las mediciones son de alta variabilidad. |
| -De procedimientos (Feinstein bias) | * -Se produce cuando el grupo que presenta la variable dependiente resulta ser más interesante para el investigador que el grupo que participa como control. |
| -Por falta de sensibilidad de un instrumento | * Se produce cuando no se cuenta con métodos adecuados para la recolección de datos, situación en la que la sensibilidad de los instrumentos de medición utilizados no posea la sensibilidad necesaria para poder detectar la presencia de la variable en estudio, por lo que la frecuencia de tal variable puede tener rangos de magnitud inferiores a la real. |
| -Sesgo de detección | * Ocurre por la utilización de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente estipuladas al comienzo del estudio. |
| -De adaptación (compliance bias) | * Se produce en estudios experimentales y cuasi experimentales, en los que los individuos asignados inicialmente a uno de los grupos en estudio deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención sobre otro. |
| -De atención (o efeco Howthorne) | * Ocurre cuando los participantes de un estudio pueden alterar su comportamiento al saber que están siendo observados. |
| -Del entrevistador | * Se produce cuando el entrevistador no ha sido entrenado de forma adecuada y por ello puede inducir algún tipo de respuestas. |
| -De obsequiosidad | * Es propio de entrevistados que responden lo que creen quiere escuchar el entrevistador. |
| DURANTE LA PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO | * Pueden relacionarse con la fuente de financiación, de información previa disponible y la planificación del estudio propiamente tal. |
| -Presupuestarios | * Debidos a la influencia de la financiación sobre el proyecto. |
| -De evaluación inicial del proyecto | * Se deben a la utilización de informaciones erróneas o a deformación de la información inicial, orientándola hacia unos aspectos determinados. * Se trata de la existencia de prejuicios o datos erróneos que condicionan el planteamiento de la investigación. |
| -De concepto | * Es realizar estudios inadecuados para el objetivo propuesto. |
| DURANTE EL PROCESO DE MUESTREO | * Debidos a la falta de representatividad de la muestra. * La muestra no es una reproducción correcta de la población. * Pueden deberse a que la población blanc0, es distinta de la población a la que se pretenden inferir o extrapolar los resultados. |
| -Debidos a falta de representatividad de la población | * Existen diferencias entre la población que se quiere analizar y la población blanco. |
| -Debidos a la falta de representatividad de la muestra | * Una vez definida la población blanco, se debe realizar el muestreo. * El sesgo puede ocurrir dependiendo de variables inherentes al proceso de investigación. |
| DURANTE LA RECOLECCIÓN DE DATOS | * Se producen durante el proceso de recogida de la información, ya sea por la obtención de información incompleta o errónea o por la modificación de la muestra. |
| -Debidos al encuestado | * La información que este proporciona puede ser incorrecta debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incomprensión o modificación de la respuesta por la propia encuesta, o por modificación de parámetros. |
| -Por olvido | * El tiempo es n aspecto importante y afecta de manera distinta a los distintos acontecimientos. |
| -Por subjetividad | * Podemos observar respuestas que no se ajustan a la realidad, cuando una pregunta se acota a un periodo de tiempo. |
| -Por confusión e ignorancia | * Ocurre cuando se confunde el rol de ciertas variables, exposiciones o eventos de interés. * Puede ocurrir por ignorancia o falta de previsión por parte del investigador. |
| -Medición | * Se genera por la elección incorrecta del instrumento de medición o por estimaciones subjetivas de la medición. |
| -Abandono | * Puede ocurrir en el curso de estudios longitudinales. * Puede ser por abandono del estudio o por desaparición del individuo que se está siguiendo. |
| DURANTE LA ETAPA DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN | * Una vez recopilados los datos, estos se analizan. * Pueden ocurrir errores sistemáticos por transcripción incorrecta de la información a la base de datos. * Se pueden cometer también errores en los métodos estadísticos empleados, que pueden ser inadecuados para los datos analizados. |
| SESGO DE PUBLICACIÓN | * Se puede considerar un tipo de sesgo de selección. * Ocurre cuando el investigador piensa que los estudios publicados son todos los realmente realizados. |