



Actividad preliminar “conceptos de epidemiología clínica”

Maydeli Orozco Ramírez
LME4187
Medicina Basada en Evidencias
Grado: 8° Fray Antonio Alcalde
Guadalajara, Jalisco. Agosto 26, 2016

Historia de medicina basada en evidencias

La filosofía de la medicina basada en evidencias (MBE) es tan Antigua como la medicina misma, porque desde sus orígenes siempre los médicos han querido basarse de la información más actualizada y real. Las raíces más modernas se encuentran a mediados del siglo XIX en París, Pierre Charles Alexander Louis, quien rechazaba los pronunciamientos de las autoridades de esa época y fue entonces quien creó en 1834 un movimiento el cual denominó *Medicine d'observation* en el cual buscaban la verdad en la observación sistemática y por medio de experimentos, contribuyó a la erradicación de terapias de poca utilidad como la sangría. En los años 50 y 60 del siglo XX, Austin Bradford Hill desarrolló la metodología del ensayo clínico, hecho que marcó la importancia de la investigación clínica, ya que hoy en día es una de las herramientas más útiles en la toma de decisiones terapéuticas.

Los conceptos actuales de la disciplina de MBE fueron desarrollados e implementados formalmente en la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá, en la década de los setentas y ochentas. Un grupo de epidemiólogos clínicos entre los que se encontraban David Sackett, Brian Haynes y Peter Tugwell, diseñaron una serie de artículos sobre cómo leer revistas médicas, que aparecieron en el *Canadian Medical Association Journal* en 1981. Se propuso el término "*critical appraisal*" para describir cómo aplicar una serie de reglas básicas para el análisis de las publicaciones científicas, y se comenzaron a enseñar estos conceptos en su institución a partir de entonces. Después se dieron cuenta de que era necesario ir más allá de revisar las revistas médicas, sino que la investigación publicada debía usarse de manera real en la solución de problemas clínicos en la atención de pacientes, a lo que David Sackett llamó "traer la apreciación crítica a la cabecera del enfermo".

En 1990 Gordon Guyatt tomó el cargo de Director de la residencia de medicina interna en McMaster, quien con el resto del equipo creía que el proceso descrito representaba una manera fundamentalmente diferente de practicar la medicina, por lo que propusieron un término que formalmente capturara esta diferencia. El término inicial que Guyatt sugirió fue "medicina científica", el cual no fue aceptado por las autoridades de su institución, y posteriormente propuso "*evidence-based medicine*" el cual sí fue aceptado. El término apareció por primera vez en un documento dirigido a los médicos que aplicaban para ingresar al programa de residencia en medicina interna dirigido por el Dr. Guyatt, y después apareció formalmente en una editorial del ACP Journal Club en 1991.

En 1992, el movimiento de la atención de la salud basada en evidencia se consolidó con la formación del *Evidence-Based Medicine Working Group*, quienes publicaron en la revista JAMA el artículo que marcó el debut internacional del concepto.

El modelo actual de la MBE plantea que la pericia clínica debe ser una fuerza integradora de los valores del paciente, su entorno, circunstancia en cuanto a disponibilidad de recursos y la evidencia científica más reciente de calidad.

En 1996 fue necesario replantear el concepto por cierta discordancia que se encontraba entre la población que le compete, pero se estableció que se trata de “la mejor evidencia científica”, pero en el año 2002 los autores volvieron a modificar la base de la MBE y la definieron como la integración de las mejores evidencias de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente. Es por eso mismo que al hablar de la MBE se habla de una triada en específico, la cual es la experiencia del médico, la evidencia científica presente y las preferencias que presente el paciente por algún tratamiento u otro.

De manera global, Sakett resumió la integración de la MBE en 5 pasos consecutivos:

- 1- reconocer una necesidad de información y convertirla en pregunta clínica estructurada.
- 2- Buscar y obtener la mejor y más reciente información con eficiencia.
- 3- Evaluar críticamente la evidencia en cuanto a su validez interna, impacto y aplicabilidad.
- 4- Aplicar la información al problema clínico, integrando la evidencia con la pericia clínica, valores del paciente y circunstancias.
- 5- Evaluar nuestra efectividad en el proceso y resultado.

Tipos de estudio

Descriptivos

- 1.a Estudios ecológicos : describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población. Ej: edad y accidentes de tránsito
- 1.b Transversales : a través de censos o encuestas individuales se miden exposiciones y eventos simultáneamente. Ej: Prevalencia de Tabaquismo en la Población Universitaria de Corrientes
- 1.c Series de casos: pacientes con igual patología para conocer las características de la entidad.
- 1.d Case report : un caso en particular sobre una patología poco común

2- Analíticos

- 2.a Observacionales
 - 2.a.1 Casos y controles: se estudia un grupo con la enfermedad y un grupo control sin enfermedad.
 - 2.a.2 Cohortes: con dos grupos de individuos sanos, uno expuesto a un factor y el otro no
- 2.b Experimentales
 - 2.b.1 Ensayos clínicos: es el de mayor calidad para estudiar una exposición de interés . Ej : grupo expuesto a una droga vs grupo con placebo

2.b.2 Ensayos de campo: se estudia gente sana con riesgo de enfermar . Ej : Ensayos de vacunas

2.b.3 Ensayos comunitarios: la unidad de observación es una comunidad . Ej : enfermedades por condiciones sociales.

3- Revisiones

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

3.b Sistemáticas

3.b.1 Cualitativa : Meta-análisis cualitativo

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

Niveles de evidencia

1a	revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica (todos o ninguno)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes con homogeneidad.
2b	Estudio de cohorte o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad
3b	estudio de casos y controles.
4	serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad.
5	opinión de e xpertos sin valoración crítica explícita o basados en la fisiología.

Grados de recomendación

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	Estudios de nivel 1.
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

Tipos de Sesgo

Tipo de Sesgo	Definición
Selección	Este tipo de sesgo, particularmente común en los estudios de casos y controles (eventos ocurridos en el pasado pueden influir en la probabilidad de ser seleccionado en el estudio); ocurre cuando hay un error sistemático en los procedimientos utilizados para seleccionar a los sujetos del estudio
información o de medición	Este tipo de sesgo ocurre cuando se produce un defecto al medir la exposición o la evolución que genera información diferente entre los grupos en estudio que se comparan (precisión)
planificación del estudio	Estos pueden relacionarse con la fuente de financiación, la información previa disponible y la planificación del estudio propiamente tal
Publicación	Estos pueden relacionarse con la fuente de financiación, la información previa disponible y la planificación del estudio propiamente tal

Bibliografías:

"Medicina Basada En Evidencia." Facultad De Medicina UNAM. N.p., n.d. Web. 26 Aug. 2016. <http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/may02_ponencia.html>.

Intermedicina Medicina basada en evidencia, intermedicina 26.Agosto.2016
<<http://www.intermedicina.com/Guias/Gui014.htm>>

Carlos Manterola, Tamara Otzen Los Sesgos en Investigación Clínica Int. J. Morphol., 33(3):1156-1164, 2015. 25.Agosto.2016
< <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>>