

**UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR**

**MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS**

**ALUMNO: NICOLAS FLORES OSEGUERA**

**LME4558**

**8vo semestre**

**23-01-2017**

**PROFESORA: GABRIELA ROBLES**



|  |
| --- |
| Historia de la Medicina Basada en la Evidencia  Al tratar de establecer un orden cronológico con los antecedentes de lo que hoy se conoce como Medicina Basada en la Evidencia, debemos diferenciar entre sus bases filosóficas, y su reciente desarrollo. Poco es lo que se conoce de sus orígenes, al decir de sus entusiastas promotores, que fueron calificados como escépticos postrevolucionarios de París de mediados del siglo XIX como Bichat, Louis y Magendie1 . Respecto de la historia más reciente debemos hacer referencia a la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá. Esta referencia es de suma importancia pues lo novedoso de la propuesta educativa que esta Universidad ha comenzado a desarrollar a fines de la década del '60, es su orientación comunitaria centrada en las personas, interdisciplinaria y con aprendizaje basado en problemas. Este tipo de aprendizaje intenta que el profesional a partir de la problemática del caso rastree los elementos de conocimiento necesarios para comprenderlo en el contexto en que se presentan en la realidad. El aprendizaje basado en problemas se estructura en tres estadios: la identificación del problema, la búsqueda de información y la resolución del problema. Más adelante veremos la estructura de la Medicina Basada en la Evidencia y podremos compararla con la del aprendizaje basado en problemas. Esta reforma en educación médica pone énfasis en perspectivas poco exploradas en los modelos clásicos como son la exposición temprana a problemas clínicos, el aprendizaje de las ciencias básicas y clínicas en un mismo tiempo, el desarrollo de habilidades clínicas, de comunicación, y preocupación comunitaria, el aprendizaje de conceptos de epidemiología clínica, bioestadística y ética, el aprendizaje en pequeños grupos y la introducción de múltiples evaluaciones para planear correcciones en cualquier momento del proceso educativo. La creación de esta Escuela de Medicina nos acerca a uno de los pioneros en el aprendizaje y práctica de la Medicina Basada Evidencia, David Sackett. Este médico estadounidense procedente de un pequeño pueblo rural al oeste de Chicago, que recibió su primer entrenamiento en la Universidad de Illinois y comenzó su carrera como investigador clínico y básico en nefrología detectó la importancia de la epidemiología y las estadísticas mientras servía en las fuerzas armadas durante la crisis de los misiles en Cuba. Posteriormente graduado con honores en la Escuela de Salud Pública de Harvard fue convocado por John Evans en 1967 a McMaster para comenzar a desarrollar el Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Entre las muchas iniciativas que ha promovido en la investigación médica canadiense se incluye la Task Force on Periodic Health Examinations de amplia repercusión mundial al resaltar el énfasis en la prevención basada en la evidencia2-3 . A los 49 años, Sackett decidió entrenarse en Medicina General para poder aplicar sus predicas a la practica diaria y actualmente se desempeña como consultor general del Hospital John Radcliff y Director del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia del Instituto Nacional de la Salud Ingles en Oxford. En la búsqueda de la mejor evidencia se debe mencionar al entusiasta epidemiólogo Archie Cochrane, fallecido en 1988, quien preocupado desde la década del ’70 al reconocer que los recursos de salud son siempre limitados sugirió que la efectividad 3 Instituto Médico Antártida Publicación del Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 3 de las prácticas relacionadas a la salud debe ser juzgada sobre la base de las pruebas procedentes de trabajos controlados. En 1978 escribió sobre su preocupación por la falta de resúmenes o revisiones que agrupen este tipo de trabajos. Sus ideas guiaron a un grupo de investigadores de Oxford, Iain Chalmers entre otros, para trabajar desde fines de la década del’70 en la construcción de una base de datos con revisiones sistemáticas de trabajos controlados y randomizados. Así en 1989 se publicó el libro “Effective Care in Pregnacy and Childbirth”. Este esfuerzo se terminaría convirtiendo en la Colaboración Cochrane4 fundada en 1992.  La Colaboración Cochrane inicialmente con base en Oxford es una organización internacional que busca ayudar a quienes necesitan tomar decisiones bien informadas en atención de salud. Esta organización prepara, actualiza, promueve y facilita el acceso a las revisiones sistemáticas sobre intervenciones en salud. Sus acciones se basan en ciertos principios claves que incluyen la colaboración, basar su desarrollo en el entusiasmo individual, evitar la duplicación de esfuerzos, minimizar el sesgo, promover la actualización permanente, hacer un marcado esfuerzo en producir material relevante, promover un amplio acceso y asegurar la calidad permaneciendo abiertos y sensibles a las críticas.   1. 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** : Metaanálisis cualitativo  **3.b.2 Cuantitativa**: Metaanálisis , se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma hipótesis .  LOS PRINCIPALES SESGOS QUE COMENTAREMOS SON LOS SESGOS DE SELECCIÓN, OBSERVACIÓN E INFORMACIÓN.  **Sesgo de selección**: Este sesgo hace referencia a cualquier error que se deriva del proceso de identificación de la población a estudiar. La distorsión resulta de la forma en que los sujetos han sido seleccionados. Estos sesgos se pueden cometer: Al seleccionar el grupo control. Al seleccionar el espacio muestral donde se realizará el estudio. Por pérdidas en el seguimiento. Por la presencia de una supervivencia selectiva.  **Los sesgos de selección**: pueden presentarse también en los estudios de casos y controles, cuando el procedimiento utilizado para identificar el status de enfermedad (sesgo diagnóstico) varía o se modifica con el status exposición. Este sesgo se llama "sesgo de detección".  **Los sesgos de selección:** son un problema fundamental en los estudios de casos y controles y en los estudios de cohortes retrospectivos donde la exposición y el resultado final ya han ocurrido en el momento que los individuos son seleccionados para el estudio.  **Los sesgos de selección**: son poco probables en los estudios de cohortes prospectivos porque la exposición se determina antes de la presencia de enfermedad de interés. En todos los casos, cuando el sesgo de selección ocurre, el resultado produce una relación entre exposición y enfermedad que es diferente entre los individuos que entraron en el estudio que entre los que pudiendo haber sido elegidos para participar, no fueron elegidos. La evitación de los sesgos de selección depende en gran medida de que el investigador conozca las fuentes de sesgo potenciales. En los estudios de casos y controles para evitar sesgos de selección, se recomienda al menos teóricamente, ya que desde el punto de vista práctico es muy costoso, utilizar dos grupos control. Uno de ellos una muestra poblacional, lo que posibilita el detectar el posible sesgo de selección al hacer estimaciones del efecto por separado. Si obtenemos la misma estimación del efecto en los controles poblacionales que con los otros controles podremos asumir que no hay sesgos en la selección de los mismos. A pesar de todo siempre existe la posibilidad remota de que las dos estimaciones tuviesen el mismo grado de sesgo. Otra recomendación es utilizar muchas patologías como grupo control en lugar de pocas patologías y comprobar que las frecuencias de exposición son similares entre los diferentes grupos diagnosticados en los controles.  En los estudios de seguimiento se debe asegurar un seguimiento completo en ambos grupos. Sesgo de información u observación Este sesgo incluye cualquier error sistemático en la medida de información sobre la exposición a estudiar o los resultados.  **Los sesgos de observación o información:**  se derivan de las diferencias sistemáticas en las que los datos sobre exposición o resultado final, se obtienen de los diferentes grupos. El rehusar o no responder en un estudio puede introducir sesgos si la tasa de respuesta está relacionada con el status de exposición.  El sesgo de información es por tanto una distorsión en la estimación del efecto por errores de medición en la exposición o enfermedad o en la clasificación errónea de los sujetos.  Las fuentes de sesgo de información más frecuentes son: Instrumento de medida no adecuado. Criterios diagnósticos incorrectos. Omisiones. Imprecisiones en la información. Errores en la clasificación. Errores introducidos por los cuestionarios o las encuestadoras. Los errores de clasificación son una consecuencia directa del sesgo de información. Esta clasificación puede ser "diferencial" si el error de clasificación es independiente para ambos grupos o "no diferencial" si el error de clasificación es igual para ambos grupos de estudio, produciéndose una dilución del efecto con una subestimación del mismo.  EL SESGO LO CLASIFICAMOS NORMALMENTE COMO:  **-Sesgo de selección**: hace referencia a cualquier error que se deriva del proceso de identificación de la población a estudiar.  La distorsión resulta de la forma en que los sujetos han sido seleccionados. Estos sesgos se pueden cometer:  a) al seleccionar el grupo control  b) al seleccionar el espacio muestral donde se realizará el estudio  c) por pérdidas de seguimiento  d) por la presencia de una supervivencia selectiva –  **Sesgo de información u observación**: incluye cualquier error sistemático en la medida de información sobre la exposición a estudiar o los resultados. Se derivan de las diferencias sistemáticas en las que los datos sobre exposición o resultado final, se obtienen de diferentes grupos.  **Los errores de clasificación** son una consecuencia directa del sesgo de información. Los sesgos de clasificación pueden ser no diferenciales o aleatorios (el error es el mismo para casos y controles) y diferenciales o no aleatorios cuando el grado de error es diferente para los grupos estudiados.  LA EPIDEMIOLOGÍA: es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.  BIBLIOGRAFIA:  MacMahon B., Trichopoulos D. Epidemiology: Principles and Methods. 2nd ed. Boston: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.  <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp>  <http://www.enlacesmedicos.com/glosario.htm>  **[Medicina basada en evidencias o pruebas](http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.enlacesmedicos.com%2Fglosario.htm&h=ATOjwn8sWX1XmgBB8DE4tIpF3XnahfkpQmH3dVDgeF-rt6OzGxgDAPCrRLmYtydQ1sPqr0demfy2E8yqTFzVWD33ocMMCXENze9BmFtoYivOd8TsnkXkiPmsCVH257G__DNx7kxX&s=1" \t "_blank)**  [Medicina basada en evidencias. Recursos , guías](http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.enlacesmedicos.com%2Fglosario.htm&h=ATOjwn8sWX1XmgBB8DE4tIpF3XnahfkpQmH3dVDgeF-rt6OzGxgDAPCrRLmYtydQ1sPqr0demfy2E8yqTFzVWD33ocMMCXENze9BmFtoYivOd8TsnkXkiPmsCVH257G__DNx7kxX&s=1" \t "_blank)  [enlacesmedicos.com](http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.enlacesmedicos.com%2Fglosario.htm&h=ATOjwn8sWX1XmgBB8DE4tIpF3XnahfkpQmH3dVDgeF-rt6OzGxgDAPCrRLmYtydQ1sPqr0demfy2E8yqTFzVWD33ocMMCXENze9BmFtoYivOd8TsnkXkiPmsCVH257G__DNx7kxX&s=1" \t "_blank)  <http://www.intermedicina.com/Guias/Gui014.htm> |

Escribe un...

Principio del formulario