**2016**

**Esquivel Larios René Nahayem Oswaldo**

**Actividad Preliminar**

**Matrícula: LME4792**

**12/02/2016**

Medicina Basada en Evidencias



**ACTIVIDAD PRELIMINAR**

**HISTORIA DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

La medicina basada en la evidencia (MBE) es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre los cuidados de pacientes individuales. Este término fue acuñado en los años 80 por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos canadienses de la Universidad de McMaster, que más tarde formarían el Evidence-Based Medicine Working Group y su difusión en la práctica clínica se produjo a partir de 1992 con la serie de artículos publicados en la revista JAMA. Su sistemática de trabajo ha ido progresivamente arraigando en la comunidad médica, y el resultado se ha consolidado como un nuevo paradigma o «estilo del saber médico» acerca de los conocimientos necesarios para orientar la práctica clínica. La práctica médica tradicional, heredera de los paradigmas clásicos pero vigente todavía hoy en muchos ámbitos, se puede caracterizar por la creencia en que:

**a)** Las observaciones derivadas de la experiencia clínica personal son una forma válida de generar, validar y transmitir los conocimientos acerca del pronóstico de las enfermedades, el rendimiento clínico de las pruebas diagnósticas y la eficacia o eficiencia de los tratamientos.

**b)** Un buen conocimiento de la teoría fisiopatológica subyacente, una combinación de habilidad en el razonamiento y la especulación lógica, y una buena dosis de sentido común permiten interpretar adecuadamente los signos de la enfermedad y elegir el tratamiento más adecuado.

 **c)** Los conocimientos se actualizan adecuadamente mediante libros de texto y revistas con los tradicionales «artículos de revisión», en los que los expertos de más experiencia y prestigio nos seducen con sus opiniones juiciosas acerca de las soluciones a los problemas clínicos. Es por ello que se concede una enorme credibilidad al argumento de autoridad, y los apartados «introducción» y «discusión» de los trabajos de investigación original centran los debates y marcan las pautas de actuación para una «buena praxis».

**CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA**

El primer elemento del método epidemiológico consiste en identificar la enfermedad y determinar su frecuencia. El segundo consiste en estudiar su distribución en la población, así como su distribución geográfica y en el tiempo. El conocimiento de la frecuencia y la distribución de la enfermedad lleva a la formulación de hipótesis sobre los posibles factores determinantes o causales de la misma, los cuales deben también ser analizados de forma sistemática. El estudio de la frecuencia y distribución de las enfermedades es el objeto de la epidemiología descriptiva, mientras que el análisis de factores determinantes o causales de las enfermedades es el objeto de la epidemiologia analítica.

La epidemiología clínica consiste en la aplicación del método epidemiológico al estudio de problemas clínicos. La epidemiología “clásica” se distingue de la “clínica” en que su objeto de estudio fundamental son los problemas de salud pública en las comunidades y no necesariamente los problemas clínicos. El método epidemiológico es como la ciencia básica que permite analizar, de una forma sistemática, los problemas clínicos, con el objeto de obtener conclusiones válidas y ofrecer la mejor evidencia posible que guie la capacidad de decisión del médico.

El espectro de la epidemiologia clínica incluye aspectos como la definición de anormalidad, la frecuencia, la etiología, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades.

**TIPOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**Estudios descriptivos**

* Estudios correlacionales
* Reporte de un caso
* Reporte de una serie de casos
* Estudios transversales o de prevalencia

**Estudios analíticos**

* Observacionales
	+ Estudios de cohortes
	+ Estudios de casos y controles
* Experimentales
* Ensayos clínicos

**TIPOS DE SESGOS**

Los sesgos son errores sistemáticos que se introducen durante el diseño o el desarrollo de un estudio epidemiológico y que invalidan sus resultados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sesgo de selección | Sesgo de información | Sesgo de confusión |
| Los grupos de pacientes que se están comparando son diferentes en algún aspecto distinto del factor que se está estudiando y que puede influenciar el resultado. | La información que se obtiene de los grupos que se están estudiando no es comparable. Este sesgo puede deberse a que el investigador o los pacientes de los grupos que se están comparando interpretan o reportan la información de manera diferente. | Sobre o subestimación de la asociación real. Cuando observamos una asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio o cuando no observamos una asociación real entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada. |

**Sesgos de confusión**

Todos los resultados derivados de estudios observacionales están potencialmente influenciados por este tipo de sesgo. El sesgo de confusión puede resultar en una sobre o subestimación de la asociación real. Esta(s) variable(s) se denomina(n) factor(es) de confusión o confusor(es). Los resultados de un estudio estarán confundidos cuando los resultados obtenidos en la población en estudio apoyan una conclusión falsa o espuria sobre la hipótesis en evaluación, debido a la influencia de otras variables, que no fueron controladas adecuadamente ya sea durante la fase de diseño o de análisis. En este contexto, son fuente posible de sesgo de confusión cualquier variable asociada con la exposición que, además, esté causalmente asociada con el evento en estudio y que se encuentre distribuida de manera diferencial entre los grupos que se comparan, ya sea entre expuestos y no expuestos en el contexto de los estudios de cohorte o entre casos y controles en el ámbito de los estudios de casos y controles.

En los estudios observacionales el sesgo de confusión se puede entender como un problema de comparabilidad cuyo origen está ligado a la imposibilidad de realizar una asignación aleatoria de la exposición en los sujetos de estudio. El objetivo de la asignación al azar de los tratamientos (de la exposición) en los estudios experimentales es lograr la formación de grupos homogéneos en lo que se refiere a todas las características que puedan influir en el riesgo de desarrollar el evento (edad, sexo, masa corporal u otras características que no se puedan medir), lo que se busca lograr es que los grupos sean similares en todo excepto en la exposición que se busca evaluar.



**BIBLIOGRAFÍA**

* García Díaz J, Echevarria Ruiz de Vargas C. Estudios de investigación: usos, validez y sesgos. Vol. 35. Núm. 06*.* Noviembre 2011.

## Letelier Luz María. La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. Rev. méd. Chile v.131 n.8 Santiago ago. 2003.

* Obrador G. Manual de medicina basada en la evidencia. Conceptos básicos de epidemiología clínica. Capítulo 4. Págs. 24 - 29.
* V. Ibáñez Pradas. Introducción a la medicina basada en la evidencia. Formación continuada. Cir Pediatr 2005; 18: 55-60.