

Barajas Torres Laura Yasmin

LME4248

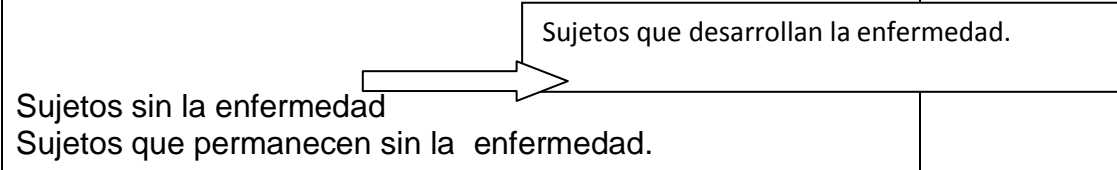
Medicina Basada en Evidencias

Dr. Hugo Francisco Villalobos Anzaldo

ACTIVIDAD INTEGRADORA "MEDICINA
BASADA EN EVIDENCIAS PARTE I"

29/09/16



<p>Estudio de cohortes:</p>	<p>Pertenece a estudios analíticos observaciones. Es el primo no experimental del ensayo clínico comparativo. El investigador identifica dos grupos de individuos (expuestos y no expuesto), los sigue durante un periodo de tiempo, calcula la incidencia del evento de interés por separado en cada grupo, finalmente compara las incidencias mediante el cálculo de una medida de asociación. En el estudio de cohortes no interviene en la asignación del tratamiento. Esto abre a la confusiones efecto del tratamiento por factores que determinen tanto el nivel de exposición que los sujetos reciben como su riesgo de enfermedad. La lucha contra la confusión se basa generalmente en recoger información sobre posibles confesores para calcular la medida de asociación dentro de cada nivel de estos. se hace el proceso de estratificación y es un método habitualmente utilizado para luchar contra la confusión del efecto del tratamiento. Un paso final consiste en calcular una media ponderada de las tasas relativas en cada estrato del confuso para obtener la tasa relativa ajustada.</p>  <p>Sujetos sin la enfermedad Sujetos que permanecen sin la enfermedad.</p> <p>Sujetos que desarrollan la enfermedad.</p>
<p>Estudio de casos y controles:</p>	<p>Pertenece a estudios analíticos observacionales. Se basa en el hecho de que todos los casos provienen de una cohorte. En lugar de invertir recursos en estudiar detenidamente a esa cohorte, bastaría para identificar a los nuevos casos que se producen y después identificar a una muestra aleatoria de miembros de la cohorte que no tengan la enfermedad en el momento en que los casos sean diagnosticados. se obtiene la información de cada individuo se calcula la medida de asociación: la odd relativa (razón de momios) que es un estimador insertado de la tasa relativa. La odds relativa es un estimador insertado de la tasa relativa. Los sesgos que se pueden presentar en el estudio de casos y controles son los siguientes: los sesgos de información y de selección. El segundo problema serio de muchos casos y controles es que la información sobre la exposición se recoge después de que la enfermedad haya sido diagnosticada.</p>

	<p>Sujetos con la enfermedad Sujetos sin la enfermedad expuestos al factor de estudio? Quienes estuvieron</p>
<p>Pruebas diagnosticas con resultados cuantitativos y dicotómicos:</p>	<p>Cuando los resultados de las pruebas diagnosticas no son dicotomos sino cuantitativo el análisis e interpretación de los resultados es más complicado. Una primera opción es considerar un valor crítico o de corte es decir una cifra limite por arriba o por debajo de la cual el laboratorio reporte el resultado como anormal. una segunda opción es calcular la probabilidad diagnostica de que el sujeto este enfermo dado la cifra obtenido en la prueba. La primera opción es establecer un nivel de cohorte, la segunda opción es calcular las razones de verosimilitud. Primero se debe calcular las razones de verosimilitud, que resultan de dividir la tasa de enfermos con una cifra determinada entre la tasa de sanos con esta misma cifra. Segundo, calcular los momios a favor que tiene los sujetos que estar enfermo antes de realizarse la prueba. Finalmente se calcula la probabilidad de estar enfermo.</p> <p>Estudios diagnostico con resultados dicotómicos (positivo o negativo): Los criterios de validez de una prueba diagnóstica incluyen la exactitud, la sensibilidad, la especificidad, y los valores productivos positivos y negativos. La exactitud de la prueba es el porcentaje de aciertos con el estándar de oro. La sensibilidad se define como el porcentaje de pacientes con la enfermedad que salen positivos a la prueba. La especificidad es el porcentaje de sujetos son la enfermedad que salen negativos a la prueba.</p> <p>El valor predictivo positivo es la probabilidad de que un sujeto tenga la enfermedad si la prueba diagnóstica es postiva. El valor predictivo negativo es la probabilidad de que un sujeto no tenga la enfermedad si la prueba es negativa.</p>