



# **Universidad del Sureste**

Escuela de Medicina

**Ensayo: Importancia de la Medicina Basada en la Evidencia.**

**Medicina Basado en Evidencias**

**8° "A"**

- **Docente: Dr. Hugo Ballardo Maza Pastrana**
- **Alumno: Víctor Manuel Jiménez Valdivieso**

**29 de Agosto de 2020**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

La medicina basada en la evidencia (MBE) es considerada como un nuevo paradigma que internacionalmente regula hoy las prácticas institucionales, curriculares, clínicas y de investigación en el área de la salud (Barbui y Cipriani, 2011). Fue a finales de la década de los ochenta cuando se creó en la Universidad de McMaster el grupo de trabajo de MBE, pero no fue hasta inicios de los noventa que se publicaron los principios que rigen el paradigma (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).

Inicialmente, el concepto fue definido como “el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y actuales pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado individual del paciente” (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996, p. 71), y más tarde se agregaron a la definición los conceptos de experiencia clínica del personal de salud y las expectativas del paciente, que permitieron dar forma a la actual idea de la MBE (Haynes, Devereaux y Guyatt, 2002).

Hoy día se considera que la MBE está integrada por al menos tres componentes: el nivel de evidencia de la literatura científica, las expectativas del paciente y la experiencia del personal de salud, que, al combinarse con el contexto institucional, permiten que se tomen mejores decisiones respecto al cuidado de la salud del paciente.

Dentro de los componentes mencionados, la evidencia de la investigación se ha convertido en el criterio a partir del cual se jerarquiza el conocimiento reportado en el área de la salud y con la cual se obtienen los grados de recomendación para la toma de decisiones clínicas. Asimismo, se considera que los distintos niveles de evidencia dependen del tipo de pregunta que se pretende contestar y de la metodología empleada en las investigaciones para responderlas; es así que se pueden identificar siete preguntas, referidas a la frecuencia de enfermedades, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, daños, beneficios y confiabilidad de pruebas. Dependiendo de la pregunta y de la metodología empleada, se jerarquizan cuatro o cinco niveles de evidencia (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2011).

Dentro de las jerarquías de los niveles de evidencia, las revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis y las guías clínicas basadas en la evidencia ocupan el nivel de evidencia I, grado de recomendación “A”, lo que significa que constituyen el mayor nivel de evidencia que puede haber en el tema, por lo que son extremadamente recomendables; por tal razón, cada ocasión en que alguien desee tomar una decisión clínica respecto a una intervención, diagnóstico, pronóstico, beneficios o daños, deberá de revisar los estudios con nivel de evidencia I y tomar la decisión con base en los hallazgos que ahí se describen.

Los estudios que emplean ensayos controlados aleatorizados constituyen el nivel de evidencia 2 y grado de recomendación “B”; esto significa que la información obtenida es recomendable. Siguen luego los estudios analítico observacionales; los estudios de cohorte constituyen el nivel de evidencia 3, grado de recomendación “C”, es decir, son estudios ni recomendables ni desaconsejables en cuanto que existe al menos una moderada evidencia de lo que se está evaluando. Los estudios correlacionales/tranversales, casos únicos, casos

y controles conforman el nivel de evidencia 4, grado de recomendación “D”, lo que implica que son desaconsejables. Finalmente, las opiniones de expertos ocupan el nivel de evidencia 5, con el grado de recomendación “I”, lo que se traduce como evidencia insuficiente.

Desde el punto de vista de los presentes autores, la MCBE demanda al menos tres grandes cambios en el profesional de la medicina conductual latinoamericano:

- 1) La necesidad de familiarizarse con los principios de la medicina basada en la evidencia y su aplicación en la medicina conductual.
- 2) La necesidad de desarrollar habilidades para buscar e identificar la mejor evidencia disponible.
- 3) La necesidad de cambiar la estructura y los reportes de las investigaciones realizadas en la medicina conductual.

La MCBE se apega a los criterios y principios de la MBE; se puede decir que tiene como finalidad tomar la mejor decisión respecto al cuidado comportamental, cognitivo y emocional del paciente que padece algún problema que afecta su salud. En este paradigma, la toma de la decisión no se vuelve unilateral y exclusiva del profesional de la medicina conductual; por el contrario, las expectativas del paciente y sus necesidades así como su contexto, se vuelven relevantes para decidir de manera conjunta qué intervención es la más conveniente para modificar algún componente psicológico que afecte la salud de aquél.

El profesional de la medicina conductual debe tener claro que, al igual que la MBE, la MCBE está integrada por tres componentes: el nivel de evidencia de la literatura científica, las expectativas del paciente y su experiencia. La decisión que tome un profesional de la medicina conductual para trabajar con el paciente dependerá de la combinación de los tres componentes, más las características del contexto institucional (Glasgow, Davidson, Dobkin, Ockene y Spring, 2006). Con base en la MBE, se ha recomendado el uso de cinco o seis pasos, dependiendo del autor, para identificar la mejor evidencia disponible en algún tema particular<sup>5</sup>. A continuación se presentan los cinco pasos que se recomienda seguir:

1. Planteamiento de preguntas: Se deben responder cuatro grandes preguntas que hagan referencia a las características relevantes del paciente o del problema, las principales intervenciones utilizadas, las intervenciones alternativas, y los objetivos y resultados clínicos esperados.
2. Localizar la mejor evidencia interna o externa: Se evalúa y obtiene la evidencia con base en el conocimiento adquirido durante el entrenamiento y práctica profesional del personal de la salud. De igual manera, se obtiene evidencia por medio del uso de bases de datos, revistas, libros y demás.
3. Evaluar críticamente la calidad de la evidencia: Se evalúa la pertinencia de la evidencia interna y externa y se elige y aplica al paciente la que más le convenga. Se deben de

responder al menos tres preguntas: ¿son los resultados válidos?, ¿son los resultados clínicamente importantes? y ¿estos resultados se pueden aplicar a mi paciente? De igual forma, se selecciona la mejor evidencia sobre la base de las jerarquías de investigación utilizadas en las investigaciones. En estos primeros tres pasos se recomienda ampliamente utilizar la herramienta que lleva el nombre acrónimo en inglés de “PICO”. Dicha herramienta permite describir las características más relevantes del paciente, población o problema; las posibles intervenciones que se van a considerar; una lista de intervenciones alternativas, y una lista de los términos más importantes que describan lo que se espera encontrar y los objetivos que se pretende conseguir (Glasziou, Del Mar y Salisbury, 2003).

4. Integrar y aplicar la evidencia: Una vez que se considere satisfactoria la búsqueda realizada, se trabaja en la aplicación de los hallazgos a un paciente particular usando la experiencia del personal de la salud y las preferencias de aquél. Se debe tener muy claro si es factible aplicar dicha intervención en el ambiente de trabajo. De igual forma, se recomienda identificar las similitudes y diferencias que puedan influir en la aplicación del tratamiento, así como los beneficios potenciales y los daños al paciente.

5. Evaluar la efectividad de lo aplicado: Una vez aplicada la intervención, se necesita evaluar los resultados de manera crítica y hacer un seguimiento del paciente intervenido. Se recomienda conservar registros de las preguntas originales y cotejarlas con los resultados obtenidos; de igual forma, es importante preguntarse si realmente se está aplicando la evidencia en la práctica clínica.

## REFERENCIAS

Adhikari, N., Shrestha, S. y Ansari, I. (2006). Evidence based medicine. Kathmandu University Medical Journal, 4(3), 383-389.

Barbui, C. y Cipriani, A. (2011). What are evidence-based treatment recommendations? Epidemiology and Psychiatry Science, 20 (1), 29-31. doi.org/10.1017/S2045796011000084.

Bauer, R.M. (2007). Evidence-based practice in psychology: implications for research and research training. Journal of Clinical Psychology, 63(7), 685-694. doi.org/10.1002/jclp.20374.

Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Education and Counseling, 39(1), 17-25. doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00087-7.

Collins, F.L., Leffingwell, T.R. y Belar, C.D. (2007). Teaching evidence-based practice: implications for psychology. Journal of Clinical Psychology, 63(7), 657-70. doi.org/10.1002/jclp.20378.

Concato, J., Shah, N. y Horowitz, R.I. (2000), Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. The New England Journal of Medicine, 342(25), 1887-1892.

Davidson, K.W., Goldstein, M., Kaplan, R.M., Kaufmann, P.G., Knatterud, G.L., Orleans, C.T., Spring, B., Trudeau, K.J. y Whitlock, E.P. (2003). Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it? Annals of Behavioral Medicine, 26(3), 161-171. doi.org/10.1207/S15324796ABM2603\_01.

Davidson, K.W., Trudeau, K.J., Ockene, J.K., Orleans, C.T. y Kaplan, R.M. (2004). A primer on current evidence-based review systems and their implications for behavioral medicine. Annals of Behavioral Medicine, 28(3), 226-238. doi.org/10.1207/ s15324796abm2803\_11.