

## **Licenciatura en medicina humana**

**Brayan Velázquez Hernández**

**Medicina basada en evidencia**

**Alonzo días reyes**

**Medicina basada en evidencia**

**8vo Semestre**

**Grupo: "B"**

**Comitán de Domínguez Chiapas 07/03/2025**

## INTRODUCCION:

El término medicina basada en la evidencia (MBE) fue acuñado para describir un nuevo enfoque de la docencia y la práctica de la medicina consistente en la utilización consciente y explícita de la mejor evidencia científica clínica disponible procedente de la investigación biomédica como base esencial para la toma de decisiones en la práctica clínica, combinada con la experiencia clínica y los valores y expectativas del paciente en el contexto de los recursos disponibles. Implica, por tanto, un proceso sistemático de búsqueda, evaluación y uso de los hallazgos de la investigación biomédica, aplicando criterios explícitos para evaluar críticamente dichas pruebas y considerar como evidencias útiles solamente las que tengan la calidad suficiente. Dado el enorme volumen de información disponible actualmente, que además es cambiante y muchas veces redundante, de calidad desigual y compleja de interpretar, este proceso es un reto importante, y es precisamente para hacerle frente para lo que surgió la MBE.

La Medicina Basada en Evidencias (MBE) se define como la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible, amalgamada con la mejor experiencia clínica, los valores y las preferencias de los pacientes y los costos. Para obtener la mejor evidencia científica sobre una pregunta clínica, debemos recurrir al método científico y de esta forma tener la confianza en que nuestras conclusiones sean producto de investigación de alta calidad y no de un error o del azar. La evidencia de la investigación utiliza el criterio de jerarquización del conocimiento y los grados de recomendación para la toma de decisiones clínicas. En la mayoría de los encuentros con un paciente deben tomarse decisiones sobre aspectos como la selección del tratamiento más adecuado o la realización de una exploración complementaria, por ejemplo. La estrategia de la MBE para abordar estas situaciones implica reconocer que se necesita más información para poder tomar la mejor decisión posible, y el primer paso es convertir esta necesidad en una pregunta clínica que pueda ser contestada. La formulación correcta implica la identificación de cuatro elementos, que pueden recordarse fácilmente mediante el acrónimo PICO

P. Paciente y/o problema de salud de interés.

I. Intervención o factor de estudio (tratamiento, causa, factor pronóstico, etc.) que se considera.

C. Intervención o factor de referencia con el que se va a comparar.

O. Variable o variables que permiten evaluar el resultado de interés y decidir qué alternativa es preferible.

La pregunta puede hacer referencia a un tratamiento (efectos de diferentes intervenciones para mejorar la función del paciente o evitar resultados no deseables), daño o etiología (efectos de agentes potencialmente perjudiciales sobre

la función del paciente, la morbilidad y la mortalidad), diagnóstico (utilidad de una intervención para diferenciar a los sujetos que tienen una enfermedad o condición de los que no la tienen) o pronóstico (estimar la evolución futura de una enfermedad o característica).

El segundo paso de la práctica de la MBE es la localización de la evidencia apropiada para poder responder a la pregunta. Este proceso puede ser complejo, dada la gran cantidad y variedad de fuentes de información disponibles. Desgraciadamente, no todas ellas proporcionan información de la misma calidad, relevancia y utilidad, por lo que el profesional debe decidir el tipo de evidencia que necesita, identificarla fuente más adecuada para encontrarla y desarrollar una estrategia eficiente para localizarla. Si las pruebas existentes no están fácilmente disponibles, los profesionales pueden basar mayoritariamente su práctica en la información más accesible, aunque no sea la más adecuada.

El nivel más elevado de la pirámide está ocupado por los denominados sistemas. Idealmente, estos sistemas deberían evaluar y sintetizar con criterios explícitos toda la evidencia relevante sobre un problema clínico y, de forma total o parcialmente automatizada, integrarla con informaciones procedentes de pacientes concretos o de registros electrónicos de pacientes, asegurando que se tenga a mano toda la evidencia necesaria relativa a la situación concreta. En el futuro ya no sería necesario que el profesional consultara el sistema, ya que sería este mismo el que presentaría la información necesaria. Actualmente, todavía no se dispone de sistemas que alcancen este nivel de desarrollo, pero existen algunas iniciativas que avanzan en esa dirección, aunque habitualmente se centran en problemas concretos, no siempre se basan en una revisión explícita y actualizada de la evidencia, y suelen haber sido desarrolladas en entornos reducidos, lo que las hace difícilmente exportables.

Los sumarios integran las mejores pruebas disponibles relacionadas con un determinado problema o situación de salud, basándose tanto como sea posible en revisiones sistemáticas (síntesis). Se incluyen aquí las GPC basadas en la

evidencia, que son un elemento esencial de la práctica de la MBE, y se comentan más adelante

Los distintos niveles de evidencia dependen del tipo de pregunta que se pretende contestar y de la metodología empleada; es así que se pueden identificar 7 preguntas, referidas a la frecuencia de enfermedades, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, daños, beneficios y confiabilidad de pruebas, dependiendo de la pregunta y metodología empleadas. Por lo tanto, se requiere determinar el problema a resolver, convertirlo a una pregunta clínica estructurada, identificar la evidencia capaz de responder a dicha pregunta, evaluación crítica de la validez, impacto, aplicabilidad y jerarquización de la evidencia válida e integración de la mejor evidencia con la experiencia clínica, los valores y preferencias de los pacientes, así como costos derivados de la intervención.

La calidad de la evidencia y la magnitud de sesgo se presentan de acuerdo al tipo de estudios, abarcando desde la opinión de expertos, pasando por diversos estudios observacionales hasta los experimentales y las guías de práctica clínica (GPC) que presentan menor sesgo y mayor calidad de la evidencia. Es importante recalcar, que el mejor diseño de estudio clínico dependerá de la pregunta clínica que se quiera responder. Si nos preguntamos, por ejemplo: ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la quimioterapia combinada con radioterapia en comparación a la quimioterapia sola en pacientes adultos con cáncer de pulmón de células no pequeñas?, un estudio clínico controlado nos puede responder esta pregunta con la mayor contabilidad.

necesidad de distinguir estudios robustos metodológicamente hablando, de estudios débiles y con riesgos de sesgo importantes, se han creado instrumentos y organismos internacionales que permiten identificar estos sesgos y limitaciones, o al menos disminuirlos, aunque aún presentan ciertas deficiencias. , que resume los resultados de estudios cuidadosamente diseñados como los ensayos clínicos que proveen el más alto nivel de evidencia de las intervenciones terapéuticas, permitiendo así que los pacientes y el personal de salud puedan elegir lo más seguro para su tratamiento y si dicha información aplica en su escenario clínico

proliferación de múltiples clasificaciones de la evidencia y sus diferentes interpretaciones puede plantear problemas, entre ellos la comunicación. Esta situación se contradice con el propio concepto de MBE, que ha sido creada en parte como instrumento para reducir las inconsistencias y ayudar a estandarizar la práctica clínica. La separación entre los “niveles de evidencia” para clasificar la validez de los estudios y el “grado de recomendación

## CONCLUSION :

La MBE se ha convertido en todos los países desarrollados en la manera de tomar decisiones clínicas, tanto en el consultorio frente al paciente, como en el momento de elaborar políticas públicas. Países como Gran Bretaña, Estados Unidos, Canadá, Francia, Alemania, Escocia, Australia, entre otros, tienen importantes instituciones que elaboran documentos para evaluar las tecnologías en salud la GPC y revisiones sistemáticas de la literatura con la finalidad de mejorar la calidad en la atención clínica en sus países y a nivel mundial.

## Bibliografía APA

a Argimón Pallàs, J., Guarga Rojas, A., & Jiménez Villa, J. (2019). 5 - Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia, 72–91. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-186-1/00005-1>