

# **MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA.**

En 1992 la medicina basada en evidencia su concepto estaba basado en descubrir y aplicar la mejor información obtenida para resolver un problema de un paciente y poder tomar una decisión clínica. En 1996 fue definida como “el uso a conciencia juicioso y explícito de la mejor evidencia actual obtenida de la investigación clínica en el manejo de pacientes individuales” el cual la clínica no es suficiente para evaluar el problema de salud, se basa en la experiencia personal del médico para evaluarlo y resolverlo. Considerando así la definición como: n el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales pruebas en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada individuo. Durante el reinado del Emperador Qianlong en China (Siglo XVIII), se desarrolló una metodología para interpretar los textos antiguos de Confucio, llamada “kaozheng”, que traducido significa “practicando investigación con evidencias”. Fue hasta 1952 que apareció el primer ensayo clínico aleatorio publicado en el British Medical Journal. La medicina basada en evidencia se practica mediante la incertidumbre en la toma de decisiones, la cual produce que se realice en estructurar una pregunta clínica en específico la cual nos hace realizar una búsqueda eficiente de literatura, posterior a esto se evalúan la validez interna, la interpretación de resultados si hay aplicabilidad o validez externas y cuáles son las preferencias del paciente, resolviendo así la incertidumbre, implementando los hallazgos a la práctica clínica, posterior a esto, evaluar así los resultados proporcionados al aplicar la información obtenida. La medicina basada en evidencia es esencial, ya que cada paciente presenta necesidades totalmente diferentes, aunque hablemos de una patología en común y es el momento en el cual el médico en base a sus conocimientos y su experiencia decide que hacer respecto a ello. En ocasiones las investigaciones pueden tener sesgos, en los cuales se pueden tomar en cuenta los siguientes.

La

<b>Tipos de sesgo</b>		
<b>Medición</b>	<b>Sesgo Procedimiento</b>	Puede observarse en diseños de investigación experimentales (ensayos clínicos controlados) en los cuales no se respeta el principio de aleatoriedad en asignación a los grupos de experimentación y de estudio.
	<b>Sesgo Memoria</b>	Frecuente de observar en estudios retrospectivos, en los cuales se pregunta por antecedente de exposición a determinadas circunstancias en diferentes períodos de la vida, existiendo la posibilidad de olvido
	<b>Sesgo Falta de sensibilidad</b>	Si no se cuenta con adecuados métodos de recolección de la información, es posible que la sensibilidad de los instrumentos empleados en tales mediciones carezca de la sensibilidad necesaria para poder detectar la presencia de la variable en estudio. Como consecuencia de ello, la frecuencia de tal variable puede tener órdenes de magnitud inferiores a la real.
	<b>Sesgo Detección</b>	Su ocurrencia se explica por la introducción de metodologías diagnósticas diferentes a las inicialmente utilizadas al comienzo de un estudio.
	<b>Sesgo Adaptación</b>	Se produce especialmente en estudios de intervención (experimentales o cuasi-experimentales), en los cuales individuos asignados inicialmente a un grupo particular deciden migrar de grupo por preferir un tipo de intervención por sobre otro.
<b>Selección</b>	<b>Sesgo Neymann</b>	Se produce cuando la condición en estudio determina pérdida prematura por fallecimiento de los sujetos afectados por ella.
	<b>Sesgo Berkson o admisión</b>	Tipo de sesgo de selección, que puede darse en estudios de casos y controles. Estar enfermo y haber estado expuesto al factor de riesgo en estudio, aumenta la probabilidad de ser ingresado en un hospital. Genera una conclusión paradójica, pues la variable independiente acerca del factor de riesgo, se convierte en factor de protección.
	<b>No respuesta o efecto del voluntario.</b>	El grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos.
	<b>Sesgo de membresía</b>	Se produce cuando entre los sujetos evaluados se presentan subgrupos de sujetos que comparten algún atributo en particular, relacionado positiva o negativamente con la variable en estudio.
	<b>Procedimiento de selección</b>	Puede observarse en diseños de investigación experimentales (ensayos clínicos controlados), en los cuales no se respeta el principio de aleatoriedad en la asignación a los grupos de experimentación y de estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

Karla Sánchez Lara, Ricardo Sosa Sánchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba; Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana; MEDIGRAPHIC; 2007.

Guerra L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 377-382.

Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *Br Med J* 1995; 310: 1.122-1.126.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Introduction: on the need for evidence based medicine. En: Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (eds). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, New York: Churchill Livingstone, 1997.

Guyat GH, Ronnie D. Users' guides to the medical literature. *JAMA* 1993; 270:2096.