

La MBE empezó como un movimiento de mejora de la calidad clínica, movimiento que se vio potenciado tanto por la crítica a la medicina como por la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica.

Su desarrollo se inició en los años sesenta del siglo XX, cuando se empezó a aplicar el diseño de los ensayos clínicos al campo médico, y se desarrollaron trabajos iniciales al respecto.

Sobre la falta de fundamento de las decisiones clínicas, los trabajos pioneros de Archie Cochrane, en 1972 (Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services); en el que realiza un análisis sobre la falta de resúmenes con una evaluación crítica, actualizados periódicamente de todos los ensayo aleatorizados relevantes, de John Wennberg en 1973, son los trabajos sobre la variabilidad de la práctica clínica; y de Iván Illich y Tomás McKeown en 1976, sobre crítica a la medicina.

El concepto de «basado en pruebas» lo expresó, como tal, por primera vez David Eddy en 1982. Después vendría el desarrollo explosivo de la medicina basada en pruebas, primero en un círculo restringido, en 1991, y después en todo el mundo, desde 1992, por influencia del canadiense Evidence-Based Medicine Working Group

---

### **Tabla 3. El proceso de la medicina basada en la evidencia**

- 1) Formulación de la pregunta clínica
  - 2) Búsqueda bibliográfica (bases de datos)
  - 3) Valoración de validez y aplicabilidad
  - 4) Aplicación de la evidencia obtenida
  - 5) Evaluación clínica de los resultados
-

**Tabla 1:** Jerarquía de los estudios por el tipo de diseño según US Preventive Task Force

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado en forma apropiada
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados
II-2	Estudios de cohorte o caso control bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

**Tabla II.** Escala de Oxford

<i>Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford</i>		
Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.

\*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D