



La Medicina Basada en Evidencias asienta sus bases filosóficas en el momento de Pierre Charles Alexander Louis propugnó en Francia a mediados del siglo XIX. En el siglo XX a principios de la década de los sesenta, en la escuela de Medicina de la Universidad de McMaster en Canadá en donde surge la oportunidad de desarrollarla; gracias a promotores de este movimiento.

Los doctores Archibald Cochrane, David Sackett, Ian Chalmers, R. Brian Hynes, Gordon H. Guyatt y Meter Tugwell, médicos asistenciales que se vieron sorprendidos por la magnitud con que a luz de sus conocimientos podían encontrar respuestas apropiadas sobre las enfermedades de sus pacientes y las conductas a seguir.

La filosofía de la MBE es tan antigua como la medicina misma, porque desde sus orígenes siempre los médicos han querido, o al menos han creído realizar esta, basados en la información más actualizada y real. Las raíces más modernas se encuentran a mediados del siglo XIX en París, Pierre Charles-Alexandre Louis (1787- 1872), creó en 1834, un movimiento al que denominó *Medicine d'observation* y por medio de experimentos, contribuyó a la erradicación de terapias inútiles como la sangría. Entre los años 50 y 60 del siglo XX, Austin Bradford Hill desarrolló la metodología del ensayo clínico, hecho que marcó un hito en la investigación clínica, ya que es una de las herramientas más útiles en la toma de decisiones terapéuticas.⁶ El primer ensayo clínico quirúrgico lo presentó J.C. Goligher en la década de los 60 del siglo XX, al asignar, de manera aleatoria, pacientes a diferentes tratamientos quirúrgicos para la enfermedad úlcero-péptica. Uno de los principales motivos para conocer y aplicar la Medicina Basada en Evidencias están en la necesidad que sentimos y la obligación que tenemos de resolver los problemas clínicos de nuestras pacientes que atendemos a diario, para beneficiarlas tanto en forma directa como indirecta. En la medicina actual, los conocimientos tienen una vida menor a 5 años, es decir, que el 50% de lo que sabemos ahora habrá cambiado en los próximos 5 años & se estima que para considerar que estamos actualizados en nuestro campo clínico, deberíamos examinar 6,935 artículos al año. Existe un incremento exponencial de información médica relevante.

Sin embargo, la MBE no solo toma en cuenta la evidencia externa (entiéndase por esto mejor evidencia científica), sino también la evidencia interna (experiencia práctica individual o personal de cada médico), lo que algunos llaman románticamente el «arte de la medicina», porque sino la práctica diaria estaría tiranizada por la evidencia científica, y se podría contar con la mejor evidencia científica, pero ser esta no aplicable a un paciente en particular. Se reconoce que fue en la Universidad de McMaster, donde se conceptualizó dicho movimiento, y se le dio el cuerpo al alma y los hechos a las ideas. Figura clave en el desarrollo de esta Escuela de Medicina, y uno de los pioneros en la divulgación y práctica de la MBE, fue el estadounidense David Sackett, quien enfatizó sobre la importancia de la epidemiología y el conocimiento estadístico.

En esta figura de importancia este nuevo paradigma fue el epidemiólogo británico Archie Cochrane, quien preocupado por la falta de trabajos controlados sobre la práctica médica, impulsó a un grupo de investigadores de la Universidad de Oxford, entre otros a Ian Chalmers, hacia la elaboración de una base de datos que recogiera revisiones sistemáticas de trabajos controlados y randomizado. La MBE no solo es un simple concepto, sino que constituye una estrategia de trabajo, cuyo objetivo fundamental es el perfeccionamiento de esta actividad. Es por eso que esta se ha incorporado desde ya hace algunos años, en programas de pregrado y posgrado de diversas universidades, nacionales y extranjeras.

La realización de la MBE pasa por 6 fases o etapas siguientes:

1. Formulación de la interrogante teniendo como punto de partida un problema clínico.
2. Búsqueda de las mejores evidencias disponibles.
3. Valoración crítica de la validez y relevancia de Las evidencias encontradas.
4. Incorporación de los hallazgos útiles en la práctica clínica.
5. Evaluación del rendimiento obtenido a través de la práctica de la MBE. Enseñar a otros a practicar la MBE.

El primer paso en toda investigación le corresponde al planteamiento de la hipótesis. En este caso, es la aparición de una interrogante clínica la que desencadena esta.

El propósito de la MBE es basar las decisiones de tratamiento en la mejor ciencia disponible más bien que en la prevalencia de opiniones o en la «experiencia», ya que la medicina que se basa en la prevalencia de opiniones puede traer por resultado errores para los pacientes y la toma de decisiones en esta línea de pensamiento, está condicionada por la autoridad de quienes defienden una postura y, por tanto, no con la evidencia sino con la intención.

- ESTRATEGIAS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Primaria. Entrenar a los médicos para reconocer evidencia científica relevante, de tal forma que cada uno de ellos sea capaz de encontrar, valorar y aplicar la mejor evidencia (practicantes de la evidencia).

Secundaria. Que sean utilizadas las fuentes de MBE para su implementación diaria (usadores de la evidencia).

Terciaria. Incorporar los resultados de las revisiones sistemáticas relevantes en la práctica clínica.

- NIVELES DE EVIDENCIA

La evidencia externa, está constituida por la investigación clínica y básica que siendo válida, importante y aplicable, puede ser utilizada por en beneficio de los pacientes. Con esta premisa nace la necesidad de sistematizar la evidencia externa sobre la base de «niveles de evidencia», que, en la práctica, son escalas que «clasifican y valoran» la evidencia disponible. De esta forma, la clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la adopción de tecnologías médicas según el rigor científico del tipo de diseño.

Existen diferentes clasificaciones de la evidencia científica. Entre estas hay que destacar la generada por la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, que fue la primera que se describió, y la propuesta por Sackett, en la que los niveles se clasifican de 1 a 5; siendo el nivel 1 la mejor evidencia y el nivel 5 la «menos buena» o «más mala»; es así, que la mayor parte de las escalas existentes, coinciden en calificar con la mayor rigurosidad y calidad científica, a los estudios que son aleatorios, controlados y prospectivos.

Rec.	Nivel	Terapia prevención, etiología y daño.	Pronostico	Diagnostico
A	1a	Metaanálisis	Metaanálisis	Revisión sistemática de estudios de diagnóstico nivel 1.
	1b	Estudio individual de cohorte	Estudio individual de cohorte	Comparación independiente ciega de un espectro de pacientes consecutivos sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia,
	2a	Revisión sistemática de cohortes históricas	Revisión sistemática de cohortes históricas	Revisión sistemática de estudios de diagnóstico de nivel mayor a 1.
	2b	Estudio individual de cohortes historias consecutivas.	Estudio individual de cohortes historias consecutivas	Comparación independiente ciega de pacientes no sometidos a la prueba diagnóstica u al estándar de referencia.
	3a	Revisión sistemática de cohortes históricas		
	3b	Estudio de casos y controles individual	Estudios no consecutivos o carentes de un estándar.	Análisis sin medida exacta de costo, pero incluye análisis
C	4	Serie de casos. Estudio de cohortes y casos y controles de mala calidad.	Serie de casos. Estudios de cohortes de mala calidad.	Estudio de casos y controles sin aplicación independiente del estándar de referencia.

Rec.	Nivel	Terapia prevención, etiología y daño.	Pronostico	Diagnostico
D	5	Opinión de expertos sin evaluación clínica explícita, basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica.	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica

Niveles de Evidencia

Nivel	Distorsion
1	La mejor evidencia
2	Una buena evidencia
3	Una evidencia (regular)
4	Una evidencia (poco confiable)
5	Una evidencia (muy poco confiable)

Grados de Recomendación

A.- Existe buena evidencia para recomendar su uso
B.- Existe evidencia discreta para recomendar su uso
C.- La evidencia no es concluyente y no se puede recomendar
D.- Existe discreta evidencia para desaconsejar su uso
E.- Existe buena evidencia para desaconsejar su uso

Bibliografía:

- 1.- Ginecológica; Dr Luis Armando Gonzalez Gutierrez; Dr J. Guadalupe Panduro Baron
- 2.- <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v49n2/cir14210.pdf>