

Medicina basada en evidencia.

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 ensayos 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.

En noviembre de 1992 el “Evidence-Based Medicine Working Group” (EBMWG), Grupo de Trabajo en Medicina Basada en Hechos de la Universidad McMaster en Ontario (Canadá), publicaba en la revista JAMA, el artículo titulado: Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Se iniciaba la difusión de un nuevo enfoque para la práctica de la medicina. Este trabajo proponía un cambio en el modelo o paradigma del aprendizaje y el ejercicio de la medicina, y formulaba el ideario del movimiento. Las metodologías empleadas para determinar la mejor prueba científica fueron establecidas por el equipo de McMaster conducido por los médicos David Sackett y Gordon Guyatt.

En el año de 1993 se funda la Colaboración Cochrane bajo el liderazgo del doctor Iain Chalmers, organización sin ánimo de lucro que a través del trabajo de miles de investigadores voluntarios de todas partes del mundo genera un proceso riguroso y sistemático de revisión de las intervenciones en salud para facilitar la toma de decisiones que los profesionales de la salud, los pacientes, los responsables de la formulación de políticas de salud y otros interesados enfrentan, de acuerdo con los principios de la medicina basada en la evidencia.

La MBE ha cambiado la formación médica en muchas escuelas de medicina y de disciplinas afines en el campo de la salud, además del surgimiento de nuevas disciplinas, como la epidemiología, especialidad médica que permite incorporar sistemáticamente la investigación médica en la práctica clínica.

Existen varias propuestas para la clasificación de las evidencias. La más conocida y tal vez la más sencilla es la del US Preventive Preventive Task Force, que clasifica las evidencias en 3 niveles:10

I- Evidencia obtenida a partir de, al menos, un ensayo aleatorio y controlado, diseñado de forma apropiada.

II- 1. Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin aleatorización.

2. Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.

3. Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con intervención o sin ella

III- Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Otras propuestas, han creado categorías intermedias para calificar los diversos tipos de estudios que existen. Así ocurre, por ejemplo, con la modificación realizada por Bertram y Goodman,¹⁰ que se estructura en 9 niveles (se señala la fuerza de la evidencia):

I- Ensayos aleatorios controlados de gran tamaño, revisiones sistemáticas o metanálisis de ensayos aleatorios controlados (adecuada).

II- Ensayos aleatorios controlados de pequeño tamaño (buena a regular).

III- Ensayos no aleatorios con controles coincidentes en el tiempo (buena a regular).

IV- Ensayos no aleatorios con controles históricos (regular).

V- Estudios observacionales de cohortes (regular).

VI- Estudios observacionales de casos-contróles (regular).

VII- Vigilancia epidemiológica, estudios descriptivos e información basada en registros (pobre).

VIII- Estudio de series de casos multicéntricos (pobre).

IX- Estudio de un caso o anécdota (pobre).

Tabla. Clasificación de las evidencias

Nivel	Tipo de estudio
1	· ECC con una correcta distribución aleatoria y un control explícito del error tipo alfa y un poder suficiente. · Metanálisis de alta calidad.
2	· ECC con una correcta distribución aleatoria, pero sin un control explícito del error tipo alfa o que no alcanza un poder suficiente para probar en forma inequívoca la efectividad de una intervención. · Análisis de subgrupos de ECC, que no alcanzan un poder suficiente para probar en forma inequívoca la

	efectividad de una intervención. · Revisión sistemática. · Informe de un comité de expertos con metodología explícita.
3	· ECC sin una correcta aleatorización. · Estudios de cohorte.
4	· Series de antes y después. · Estudios con cohorte histórica. · Estudios de caso-control.
Otros	· Series de casos, informes de casos, opiniones de expertos, etcétera.

Bibliografías.

1. scielo.com [Internet]. scielo.com. 2017 [cited 23 January 2017]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v49n2/cir14210.pdf>
2. Broche Candó J, Broche Candó R, García Hernández L, Cañedo Andalia R. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 23 January 2017]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000600003
3. Medicina basada en hechos [Internet]. Es.wikipedia.org. 2017 [cited 23 January 2017]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_basada_en_hechos