FELSOCEM

¿QUÉ SIGNIFICA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA?

Prof. Dr. Simonovis Nelson*; Prof. Dra. Baddour P. Yasmin; Prof. Dra. García Sandra***; Dr. Madera Carlos******

** Jefe del Departamento de Medicina. Director del postgrado de Medicina Interna Univ. Central de Venezuela ** Coordinadora General del Postgrado de Medicina Interna. Univ. Central de Venezuela *** Ex Prof. contratado Cátedra de Clínica Médica y terapéutica "A". Univ. Central de Venezuela **** Prof. Instructor contratado, Cátedra de Medicina Tropical Univ. Central de Venezuela.*

En nuestro mundo contemporáneo se suceden continuamente diversos y trascendentales cambios en todas las disciplinas del saber, entre otros: la revolución técnico-comunicacional, el énfasis en la enseñanza y práctica de la Bioética y más recientemente, el mapa del genoma humano.

Thomas Kuhn, en su libro Estructura de las Revoluciones Científicas [1], fue el primero en señalar que la ciencia evolucionaba en forma de paradigma, es decir, como un modelo interpretativo a través del cual evaluamos una realidad determinada. De acuerdo con Kuhn, el término paradigma se relaciona estrechamente con la ciencia y se refiere a modelos o patrones que comparten entre sus características primordiales la de ser lo suficientemente incompletos como para dejar muchos problemas para ser resueltos por un grupo determinado de científicos.

Es dentro de estos cambios de las distintas disciplinas donde el hombre constante y activamente participa en la construcción de su universo. De allí ha surgido el concepto de Medicina Basada en Evidencia (MBE).

Con el fin de explicar de manera más clara este concepto, analizaremos en primer lugar el artículo original en el cual surgen las primeras ideas al respecto; en segundo lugar, las objeciones y limitaciones de las mismas y finalmente, para concluir, daremos nuestra propia visión del problema. En su descripción original, el grupo de trabajo de MBE, publicado en el mes de noviembre de 1992 en la revista JAMA [2], conceptualiza el término MBE partiendo de las nuevas destrezas que deben desarrollar los médicos para la práctica de la Medicina en la época actual, lo cual incluye la búsqueda eficiente de la bibliografía y la aplicación de reglas formales de la evidencia al evaluar los artículos médicos.[3]

Los autores del mencionado artículo contrastan el nuevo paradigma con el viejo paradigma; el viejo paradigma basa la toma de decisiones médicas en la observación no sistemática, el mecanismo fisiopatológico de producción de las enfermedades, la experticia, la experiencia clínica y la combinación del entrenamiento médico tradicional con el sentido común. El nuevo paradigma contiene dentro de sí al anterior modificándolo en cuanto a las observaciones clínicas sistemáticas y la aplicación de las reglas de la evidencia en la lectura de los artículos para la solución de los problemas médicos.

De acuerdo a este modelo conceptual, la practica de MBE consistiría según los autores en:

1) Definir el problema del enfermo.
2) Buscar la información bibliográfica pertinente.
3) Seleccionar los artículos relevantes.
4) Aplicar las reglas de la evidencia para evaluar la validez de los mismos.
5) Extraer los aspectos más importantes de los mismos para obtener la información científicamente válida que permita resolver el problema clínico planteado. La solución del problema incluiría, además de lo señalado, elementos del viejo paradigma arriba mencionados, más la comprensión y canalización de las necesidades emocionales de los pacientes.

El artículo finaliza señalando cómo enseñar MBE en una residencia médica, como enseñarla y aplicarla en la práctica médica, las dificultades en la difusión de la misma y, por último, menciona la paradoja no resuelta de que en esta forma de Medicina, no existe una evidencia en grado sumo, que mejore el cuidado médico de nuestros enfermos en comparación con la forma tradicional.

En la segunda edición del libro MBE del año 2000 [3], Cómo practicar y enseñar MBE, los autores Sacket y sus colaboradores, líderes del grupo de la MBE, mantienen idénticos conceptos sobre el significado de ésta, añadiendo lo que ellos llaman el "valor del paciente", es decir, las preferencias y expectativas individuales de cada paciente que deben integrarse a la toma de decisión clínica cuando éstas son pertinentes.

En un artículo especial publicado en la revista Am J Med en diciembre de 1997, los autores Alvan Feinstein y Ralph Horwitz [4] evaluaron críticamente los problemas de la MBE. Ellos señalan que difícilmente alguien puede estar en desacuerdo con el objetivo de conseguir que los clínicos de forma consciente, explícita y juiciosa hagan uso de la mejor evidencia disponible para el cuidado médico de sus enfermos y que la mayoría de los buenos médicos siempre han hecho uso de la evidencia al evaluar su propia experiencia, al desarrollar su juicio clínico leyendo la literatura, al asistir a discusiones clínicas y discusiones con otros colegas. Discrepan de aquella forma de MBE que se fundamenta casi totalmente en el ensa-

yo clínico controlado y meta-análisis, puesto que éstos solo ofrecen una respuesta muy parcial para la compleja realidad clínica que día a día los médicos enfrentan, especialmente para casos particulares de subgrupos de pacientes o para un paciente con una clara y distinta individualidad que no puede ser resuelta aplicando las reglas de la evidencia, el promedio de los resultados de un ensayo clínico controlado o un meta-análisis, aunque estos sean pertinentes al caso. El artículo concluye, como su título lo indica, analizando críticamente y con detalles, los problemas de la evidencia en la MBE. Los autores critican constructivamente el contenido de la información referida como evidencia, las fuentes de autoridad y los potenciales abusos en la MBE, cuyo análisis de contenido escapa del objetivo de esta primera presentación.

A nuestro juicio, una manera dialéctica de resolver el problema planteado por la perspectiva de derivar casi co de la palabra evidencia y la fenomenología del conocimiento. La palabra evidencia es de origen latino viene de "videre" que significa "ver"; en griego, "noein" o "idein" (voeiv) que significan también ver. Este ver esta íntimamente relacionado con la racionalidad, la verdad, y la perspectiva óptico-lumínica de ver el mundo [5-6]. El ver en los griegos equivalía a la razón y por ende a la verdad. Asimismo, el ver tiene como correlato, o un hecho, o un ente ideal, lo que para las matemáticas equivaldría a un triángulo o un teorema.

Esta última afirmación se corresponde con la descripción de Leibniz quien, tanto en su Ensayo sobre el entendimiento humano como en su Monadología, señala la existencia de dos tipos de verdades: las verdades de razón como las que se utilizan en las Matemáticas (mediante el uso del razonamiento deductivo) y las verdades de hechos, que son la base del empirismo y que corresponden a la Medicina como tal (mediante la inferencia o razonamiento inductivo). Toda evidencia debe tener necesariamente su fundamento en un acto vidente, el cual no alude solamente a la visión sensible, sino también a la visión intelectual. Por otra parte, existen diferentes modos de aprehender lo vidente, así como existen diferentes grados de videncia [5]. Este sencillo análisis etimológico y fenomenológico aplicado a la Medicina y especialmente a la MBE, significaría que la Medicina como ciencia empírica aprehende estas evidencias de diferentes modos a través de la investigación médica y sus distintas vertientes, a saber: el modelo experimental, el ensayo clínico controlado, el meta-análisis, los estudios de cohorte, los estudios de casos y controles, el reporte de series de casos, el reporte de un caso, y los estudios ecológicos.

Estas vertientes nos darían diferentes grados de perfección de la evidencia, es decir, que hay evidencias más obvias que otras, sin querer decir que las menos obvias, pierdan su esencia original. Así como en nuestra visión sensible de los objetos del mundo hablamos de ver, observar, mirar, ver profundamente, mirar penetrantemente, observar detalladamente, etc., frases que expresan diferentes grados de videncia, los distintos modelos de investigación médica ya descritos, también aportan grados de evidencia. En grados de perfección de la evidencia, por ejemplo, no sería lo mismo un reporte de caso que un ensayo clínico controlado. Pero estudios observacionales como los de cohortes o los de casos y controles, cuando están metodológicamente bien realizados, tienen el mismo grado de fortaleza científica desde el punto de vista de MBE que los ensayos clínicos controlados. Sacket y colaboradores, en su libro de MBE [3], señalan cuatro grados con 10 niveles de evidencia, donde el primer grado en un primer nivel corresponde a las evaluaciones sistemáticas (meta-análisis) mientras que el último grado y décimo nivel corresponde a la opinión de un experto.

A nuestro juicio y a diferencia de Sacket y su grupo, consideramos que existe suficiente base científica para considerar los estudios cohorte y casos y controles al mismo nivel del ensayo clínico controlado, como lo demuestran las dos publicaciones en NEJM de Junio de 2000 [7-8], realizadas por dos grupos de autores pertenecientes a dos escuelas médicas distintas. Podemos concluir, de acuerdo a todo lo anteriormente explicado, que la práctica de MBE consiste en resolver los problemas del cuidado de nuestros enfermos, dentro de un contexto profundamente humano, mediante la aplicación juiciosa del conocimiento que proviene de estudios de investigación clínica metodológicamente válidos de acuerdo a las reglas de la evidencia, mediante las cuales alcanzaremos conclusiones igualmente válidas con diferentes grados de evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 KUHN, T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Colombia: Fondo de Cultura Económica. 1996.

2 Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992; 268: 2420-5.

3 SACKET, D.L. Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM. 2da ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

4 FEINSTEIN, Ar; HORWITZ, Ri. "Problems in the "Evidence" of "Evidence-based Medicine". Am J Med. 1997; 103: 529-535.

5 MAYZ Vallenilla, E. "La Evidencia y su fundamentación en los actos de evidencia". En: Fenomenología del conocimiento. 2da ed. Caracas, Venezuela: Equinoccio, 1976; cap.3, pp.275-287.

6 "Epigénesis de la metatécnica" y "El conocimiento y la conciencia". En: Fundamentos de la metatécnica. Caracas, Venezuela: Monte Avila Editores, C.A., 1990; cap. 1 y 3, pp.28-30/75-77.

7 CONCATO, J. Et al. "Randomized, controlled trials, Observational Studies and the Hierarchy of Research designs". N Engl J Med 2000; 342:1887-92.

8 BENSON, B.A., HARTZ, A.J. "A comparison of Observational Studies and Randomized, controlled trials". N Engl J Med 2000; 342: 1878-86.