

Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias

La medicina basada en evidencias (MBE) es propuesta hoy como la forma “natural” de pensar y practicar la medicina. Aunque ha sido cuestionada con argumentos de lo más diversos (poco humanista, elitista, despreciativa de la experiencia, funcional al comercio de la salud, etc.), las críticas no han conmovido su estructura. Nacida a principios de la década de los noventa, la MBE es sin duda el pensamiento dominante en la medicina de hoy. Sin embargo, cada vez percibimos con mayor claridad las inmensas distorsiones de la práctica médica y el llamado malestar en la medicina. Conviene reflexionar sobre las virtudes y las limitaciones de la MBE para contribuir al debate acerca de los valores de la medicina y su trascendencia.

¿LA MBE ES UN NUEVO “PARADIGMA” DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA?

En uno de los artículos más citados de las últimas décadas, publicado en 1996 en el *British Medical Journal*, Sackett afirma que la MBE “es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores evidencias disponibles para tomar decisiones acerca del cuidado de pacientes individuales”. (1) Y en el párrafo siguiente elige su historia: “la MBE tiene sus orígenes filosóficos a mediados del siglo XIX en París...”, es decir, con el surgimiento de la medicina sobre bases científicas fisiopatológicas con Claude Bernard y los conceptos de Louis para el estudio de intervenciones con metodologías rigurosas y comparativas.

En esta definición, la MBE se contrapone a la medicina caprichosa y autoritaria, o al pensamiento fisiopatológico sin correlato experimental en la terapéutica clínica. Para sus creadores, se trata de un cambio de paradigma: toda decisión médica debe asentarse conscientemente en el mejor nivel de información sobre las pruebas de su eficacia y limitaciones. Han adoptado aquí el término paradigma de la epistemología de la ciencia de Kuhn en el sentido de que no podría considerarse hoy un pensamiento médico que no remitiera a las evidencias científicas para fundamentar su accionar.

En su tríada conceptual, la MBE declara el intento de unificar la mejor evidencia disponible, los valores-preferencias de los pacientes y la experiencia clínica.

Quizás el mayor mérito de la MBE es defender una metodología precisa para la evaluación de la información científica y un ordenamiento jerárquico de las evidencias. Aunque los ensayos clínicos controlados de grandes dimensiones o el metaanálisis de ellos se consideran como la mejor fuente para la toma de decisiones terapéuticas, la MBE permite pensar los “niveles de evidencia o certeza”, es decir,

la fuente real de prueba con la que sustentamos nuestras decisiones cotidianas.

El impacto conceptual de la MBE sólo pudo consolidarse con la disposición de ensayos clínicos controlados de grandes dimensiones para responder preguntas sencillas pero con implicaciones poblacionales. Es decir, la evaluación de intervenciones que pueden reducir el riesgo de muerte o invalidez, pero cuyo efecto moderado es imposible de deducir de la experiencia médica convencional y sólo se hace visible cuando se trabaja con mayores números. La disponibilidad de esta información y el avance de la MBE ha llevado en los últimos años a uniformar poblacionalmente los tratamientos en múltiples patologías comunes, que años atrás eran muy variados de institución en institución o en diferentes comunidades médicas, basadas en costumbre o escuelas de pensamiento.

En su primer movimiento, la MBE también representa una defensa de la comunidad frente a la introducción de terapéuticas no validadas o sobre las que se dispone sólo de estudios pequeños o controversiales, pero que pueden ser difundidas por esquemas comerciales de *marketing*. Colabora así en apariencia para concentrar el gasto médico en procedimientos probados.

CUESTIONANDO A LA MBE. ¿MEDICINA BASADA EN ... ?

Definida de esta manera, es difícil imaginar una alternativa: ¿cómo se llamaría la medicina que propusiera no utilizar las mejores pruebas disponibles para tomar decisiones? Es posible que haya una trampa en esta pregunta.

Estudiosos del lenguaje como George Lakoff (2) han demostrado las grandes ventajas que conlleva enunciar la pregunta para ganar el debate. Veamos un ejemplo: si se propusiera un debate sobre el valor de diferentes “medicinas”, los médicos que practican la homeopatía propondrían como título *homeopatía* vs. *alopatía*, mientras que para la concepción médica predominante el debate debería denominarse *medicina científica* (es decir, que acepta por lo menos en su imaginario someter sus hipótesis a experimentaciones o marcos de validación comprobables o refutables) vs. *las medicinas alternativas* a este modelo. La formulación del título preanuncia la conclusión.

Es obvio que el debate no puede expresarse entre la MBE vs. una medicina que no tome en cuenta las pruebas científicas, no basada en evidencias. De hecho, plantearse que la medicina debe estar *basada en* algo específico, dada su complejidad, es de por sí una definición ideológica. (3)

Explorar el tema requiere una mirada diferente y menos ingenua, que nos permita analizar sus limi-

taciones y el fundamento de los cuestionamientos. Éstos pueden resumirse inicialmente en dos enfoques conceptuales:

1. *Críticas aceptando su definición*: en este caso, el cuestionamiento transcurre en el seno del paradigma y se concentra en discutir el valor real de prueba que tienen las evidencias disponibles. En la Carta del Director del n° 4 de la RAC de este año (4) se intenta presentar un enfoque crítico en este sentido, ubicando a la producción de evidencias en el contexto histórico actual y los intereses que la subyacen. Así, por ejemplo, frente a una investigación como el ensayo JUPITER (5) con rosuvastatina, asistimos a durísimos debates sobre el valor de sus conclusiones y sus implicaciones para el uso de estatinas en la prevención primaria, (6, 7) con posturas antagónicas frente a los mismos resultados, que no son cuestionados en su veracidad. Como otros ejemplos, leemos con cada vez mayor frecuencia metaanálisis del mismo tema con resultados contrastantes (8) o como lo ocurrido recientemente con el estudio CURRENT, un ensayo de grandes dimensiones con resultados negativos, que publica por separado un análisis de un subgrupo beneficiado titulándolo como si fuera un ensayo controlado independiente, transgresión notable a principios metodológicos básicos. (9, 10)
2. *Críticas que atacan el paradigma y la misma definición de la MBE*: obviamente, no instalan el debate proponiendo una medicina no basada en evidencias, sino cambiando el enfoque y cuestionando la presunción de creer que se practica un tipo de medicina autoválida y suficiente, y las limitaciones que esta mirada impone para pensar la realidad compleja de la salud y el accionar médico.

Discutamos con mayor detalle lo que la MBE resulta en la realidad médica cotidiana para luego profundizar en los cuestionamientos posibles.

¿Funciona en el mundo real de la práctica clínica la MBE?

Propuestas conceptuales teóricas y práctica real de la MBE
La MBE propone una secuencia para la práctica en cuatro pasos:

- Paso 1: Formular la pregunta.
- Paso 2: Buscar la información.
- Paso 3: Analizar científicamente la información.
- Paso 4: Desarrollar una conducta hacia el paciente basada en sus conclusiones.

Esta propuesta tiene limitaciones conceptuales y prácticas.

Paso 1: Formular la pregunta

Los pacientes siempre presentan múltiples aspectos que confluyen en la consulta por malestar o posibilidades diversas de prevención. Formular la pregunta

implica necesariamente un recorte de la problemática del paciente a un terreno en el que sentimos que podemos ayudar. Si un paciente refiere cinco malestares, entre los cuales surge un dolor de pecho, el cardiólogo enfocará su interrogatorio en la precordialgia y quizá descartará el hecho de que no duerme bien o se siente cansado. Un enfoque desde la narrativa del paciente puede proponerse como alternativa facilitando una mirada más abarcadora.

Sin embargo, no puedo imaginar la práctica clínica sin reducir algunos de los problemas de los pacientes a preguntas concretas y delimitadas en la búsqueda de diagnósticos y terapéuticas específicas. Que esto constituya una pequeña parte o la totalidad del aporte del encuentro médico hace al modelo de vínculo y pericia del médico, pero no es cuestionable en su relevancia, sin olvidar que muchos de los mejores éxitos terapéuticos en pacientes complejos surgen de cambiar las preguntas o el ángulo de análisis del problema.

Proponer la MBE contribuye, consciente o inconscientemente, a limitar la mirada médica orientándose a las preguntas que se pueden contestar desde un modelo biomédico. Al no reparar en la complejidad del encuentro médico, no estimula el desarrollo de otras alfabetizaciones necesarias para la práctica médica, como la formación emocional, el debate cultural sobre los valores de la medicina y el sentido en la vida de una enfermedad médica. (11)

Es curioso que la autora de uno de los libros más exitosos sobre cómo interpretar ensayos clínicos para la MBE (12) haya luego reparado en estas carencias y complementado su contribución desde la mirada más abarcadora de la narrativa. (13)

Hace algunos años se propuso un debate, probablemente imposible en forma global, entre MBE vs. medicina basada en la narrativa. No existe la posibilidad de una medicina que contemple la narrativa del paciente y no tome en cuenta las evidencias científicas experimentales, y sin duda es pobre la MBE si no permite una comunicación adecuada con el paciente y sus valores.

Una propuesta de síntesis ha sido la de *Narrative EBM*, es decir, una medicina basada en evidencia narrativa. (14)

Medicina basada en evidencia narrativa

Existe actualmente un programa orientado al desarrollo de esta nueva mirada en la Universidad de Columbia, en Nueva York. Sus autores proponen una lectura del encuentro médico-paciente y la resolución de problemas de la salud tomando en cuenta tres conflictos insolubles siempre presentes: entre lo conocido y lo desconocido (o por lo menos entre lo conocible y lo incognoscible), lo universal y lo particular, y el cuerpo y el yo (*body/self*).

Estas tres tensiones o conflictos están reflejados en la tríada de la MBE: evidencia, preferencias/valores y contexto. Sin embargo, la MBE no ha desarrollado métodos salvo, justamente, para el análisis de la evidencia.

La intención de la MBE narrativa es contribuir a una formación dinámica que “propone el reconocimiento de la singularidad respecto de los misterios de la enfermedad y la atención del yo en el cuerpo, *embodied self*, como los fundamentos del cuidado de la salud”. “La evidencia clínica examina lo conocido y lo desconocido. Las circunstancias clínicas integran lo universal y lo particular. Los valores de los pacientes hablan tanto del cuerpo como de su yo. A través de la virtud de su capacidad para reconocer las tensiones en juego en forma completa, la medicina narrativa puede aportar a la MBE los métodos para respetar estos tres círculos de atención”. (14)

La formación en narrativa, sin embargo, no es sencilla y requiere un entrenamiento en el análisis del discurso, lecturas culturales, grupos, controles, es decir, también una estructura por el momento muy alejada de los recursos y tiempos reales de la práctica médica.

Pasos 2 y 3: Buscar la información y analizarla científicamente

Frente a una pregunta, en el mundo ideal de la MBE, el médico consulta la bibliografía original, lee los trabajos disponibles, analiza la validez metodológica y clínica de los resultados, la expresa en términos relativos y absolutos de beneficio o perjuicio. Si en una semana surgieran 20 preguntas, una cifra modesta para un médico que ve 15 pacientes por día en consultorio, y considerando una hora por pregunta, llevaría a la necesidad de 20 horas semanales de trabajo bibliográfico-científico, además de la condición de base de una sólida formación metodológica. Sackett afirma que sólo el 5% de los médicos canadienses pueden explicar el concepto de intervalo de confianza, resaltando la inexistencia de esta formación. Las evidencias de los relevamientos sobre hábitos demuestran además que los médicos prácticos dedican no más de una hora semanal a las lecturas médicas y que gran parte de lo que se lee son los títulos y conclusiones de los trabajos científicos, así como la literatura de divulgación.

En el mejor de los casos, el médico se basa en análisis predigeridos de las evidencias en libros o publicaciones de revisión, o en las guías de práctica clínica. Las guías de práctica clínica han recibido en los últimos años fuertes cuestionamientos, (15) dado que las afirmaciones y recomendaciones tienen niveles de prueba condicionados por creencias *a priori* o intereses diversos, necesariamente alejados de la presunción de una “evidencia objetiva”. (16)

Un estudio en el que participaron médicos noruegos interrogó las fuentes de información para tomar decisiones sobre la salud de pacientes individuales. Señalaron en sus respuestas como fuente principal la consulta a los colegas de su misma especialidad (86%), a otros especialistas de confianza (78%) y los libros de texto (76%). (17) Sólo la mitad consulta *Medline* y sólo el 27% la biblioteca Cochrane, porcentaje que se incrementó en médicos jóvenes al 50%. En el cuestionario, los médicos atribuyeron la

mejora en su práctica médica a lo largo de los años al avance de las investigaciones, pero no al concepto de la MBE. Se ha investigado el tema en otros países con resultados muy similares. (18)

El nuevo principio de autoridad

En este caso se observa que la mayoría de las decisiones surgen de un principio de autoridad doblemente desplazado: a) al colega que se supone conoce más las pruebas científicas en su campo, y b) a la literatura de revisión, que proviene de grupos académicos entrenados en la interpretación de ensayos clínicos o directores de ensayos clínicos con importantes conflictos de intereses.

La ventaja de esta nueva modalidad, como podrían representar las guías de práctica clínica, es que podemos juzgar la solidez de las evidencias aportadas para cada sugerencia. La gran desventaja es el enjambre cada vez más complejo de intereses involucrados en la interpretación de la investigación no orientada al paciente, sino a la ubicación precisa de un lugar de *marketing* para un dispositivo o un fármaco. No menos compleja es la posibilidad de intentar una medicina gerenciada de escritorio basada en evidencias y orientada a la contención de costos, denominada “científico-burocrática”, que se orienta a un sistema de disciplinamiento de los médicos y vacía a la práctica de la medicina de su esencia. (19)

Una propuesta alternativa ha sido desplazar las guías a consensos cooperativos entre especialistas, generalistas, eticistas y planificadores de la salud; un ejemplo de ello es el proyecto NICE (20) de Gran Bretaña. Como era de esperar, las conclusiones del NICE con frecuencia contrastan con las guías de especialistas vinculados a la industria de los ensayos.

Resumiendo este aspecto, los pasos 2 y 3 de la MBE no transcurren de acuerdo con su propuesta original y son reemplazados por otras secuencias en la búsqueda de información confiable. Lo que se mantiene de la propuesta de la MBE es su espíritu crítico: cualquiera que sea la fuente, deberá declarar sus pruebas, que en caso de duda podrán ser exploradas en profundidad.

Paso 4: Desarrollar una conducta hacia el paciente basada en sus conclusiones

La traslación de las evidencias leídas a la aplicación práctica hace al arte médico y se da en un marco muy complejo y valorativo. Esto está relacionado con la selección original de la pregunta, es decir, la delimitación de los aspectos que valoramos más relevantes para concentrar nuestra acción. Múltiples limitaciones prácticas condicionarán nuestra decisión. Veamos un ejemplo concreto: existen evidencias de que bajar la presión de 145 a 135 mm Hg tiene impacto preventivo, pero en el caso individual puede ocurrir que: a) el paciente ya esté recibiendo 7 fármacos por problemas diversos y es imposible estimar la eventual interacción, o b) no esté recibiendo ninguno, y medicarlo lo hace ingresar al mundo de los medicados, un cambio cultural muy relevante y sobre el que es difícil estimar

los efectos que tendrá sobre su calidad de vida o su bienestar personal.

Aunque la complejidad de la toma de decisiones frente al paciente individual debería resultar obvia, la MBE omite conceptualmente esta riqueza en su delimitación del campo de acción. Para que se entienda mejor: nadie que proclame a la MBE como esencia del pensamiento médico se opone al análisis del paciente individual en toda su riqueza. Sin embargo, en la práctica, el predominio de la concepción de la MBE no jerarquiza esta reflexión en sus múltiples dimensiones y así empobrece la mirada médica, y tampoco nos brinda herramientas conceptuales para desarrollarla. Como veremos más adelante, esto cuestiona de raíz su pretensión de nuevo paradigma, dado que limita su aporte sólo al análisis de las fuentes de información, pero no contribuye a la evaluación del resto del proceso del acto médico que tiene igual o mayor relevancia.

CRÍTICAS DIVERSAS Y PROPUESTAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS

Algunas limitaciones sobre el origen y restricción de las evidencias

El gran motor actual generador de nuevas evidencias a través de los ensayos de intervención es la industria farmacéutica. Dado que el mayor mercado de consumo para drogas de patente es Estados Unidos (50% de los ingresos), los diseños experimentales se ajustan a la práctica médica estadounidense. En los diálogos con su hija, Bateson enunciaba: ¿Quién decide en forma subjetiva sobre lo que habrá evidencia objetiva? (21)

La mayoría de las evidencias con las que contamos surgen de ensayos clínicos aleatorizados de grandes dimensiones. Su costo es muy elevado y en su diseño, como es obvio, se contempla la posibilidad de éxito en el posterior *marketing* de la terapéutica a evaluar. La cada vez menor participación de fondos independientes en la financiación de ensayos impide que las preguntas a responder se ajusten más a las necesidades de los pacientes que de los fármacos. Así, se ha posicionado el problema de la antitrombosis del síndrome coronario agudo en el contexto de la angioplastia, escenario en el cual se superponen múltiples tratamientos y esquemas con diferencias muy menores en beneficios y costos gigantescos. Como afirmara J. Attali, el secreto del mercado no es la producción de la mercancía, sino la generación del deseo de consumirla.

El gran desafío actual es recuperar en este sentido la capacidad de hacer las preguntas de investigación comunitarias y orientar los fondos a este tipo de investigación (WHI, [22] ALLHAT [23]). Aunque se plantee que este problema no depende de la MBE, la difusión de esta forma de pensar la medicina condiciona también la generación de estructuras de fabricación de evidencias convincentes o respaldadas

por autores prestigiosos, cuya importancia es, sin embargo, opinable.

No contempla aspectos valorativos, sino sólo estadístico-matemáticos

Hace años, las revistas médicas han declarado su preferencia por informar los resultados de comparaciones observacionales y experimentales no sólo con la *p* de significación estadística, sino con el intervalo de confianza sobre las medidas del efecto (riesgo relativo, reducción de riesgo relativa y absoluta, etc.). Sin embargo, se ha prestado menos atención, quizá por su complejidad conceptual, a analizar la relevancia o importancia clínica de los hallazgos, que requiere una estimación cualitativa conceptual. En la Carta del Director ya mencionada (4) he discutido este tema en detalle, pero aquí conviene recordarlo, dado que para la selección de propuestas para la comunidad y para el paciente individual esa relevancia es crítica y poco contemplada por la MBE.

CUESTIONAMIENTOS CONCEPTUALES Y FILOSÓFICOS

En un artículo reciente, Cohen propone cinco limitaciones de la MBE, que se resumen en la Tabla 1 y que utilizaré como guía para el ordenamiento del análisis. (24)

La aplicación de la MBE no está basada en evidencias

Al proponer la MBE se parte sin duda de la idea de mejorar la calidad de la práctica de la medicina, pero no se ha demostrado indudablemente la practicidad de esa estrategia.

La utilidad de la MBE no es "autoevidente", dado que la aplicación de estrategias investigadas (con la influencia del mercado, en algunos casos costosas) puede ser perjudicial para el sistema de salud. Este perjuicio puede resultar de un conocimiento inadecuado de la información, pero con la presunción comunitaria de contar con las evidencias como el caso del rofecoxib y el incremento del riesgo cardiovascular, o por la reorientación de la práctica sobre la base de algún grado de evidencias en estudios restringidos pero no evaluados en marcos comunitarios.

Tomemos un ejemplo de la bibliografía reciente. Se han efectuado varios estudios controlados comparando en pacientes con síndromes coronarios agudos sin ST elevado la utilidad de aplicar una estrategia precoz

Tabla 1. Cinco limitaciones de la MBE

1. La aplicación de la MBE no está basada en evidencias
2. La utilidad de aplicar la MBE al paciente individual es limitada
3. La MBE reduce la autonomía de la relación médico-paciente
4. La MBE es una base filosófica pobre para la medicina
5. La definición de evidencia de la MBE es estrecha y excluye información importante.

invasiva o diferirla para luego de 48-72 horas de tratamiento. En el metaanálisis publicado recientemente se observa que no hay diferencias de mortalidad ni de la incidencia de infarto entre ambas estrategias, y sólo una disminución de la angina recurrente en las primeras 48 horas y la abreviación del tiempo de internación. (25) En una institución que cuente con disponibilidad de 24 horas de recursos invasivos, estas conclusiones pueden facilitar la aplicación más precoz de la estrategia invasiva, sin mayores riesgos. Pero extender esta información a la propuesta de que todo paciente con SCA sin elevación del ST debe ser derivado a un centro de alta complejidad en forma precoz implica un cambio en la política comunitaria, el traslado de los pacientes de los centros médicos de su comunidad y con sus médicos, el aumento del gasto en equipamiento y otras consecuencias. Sería lógico que si se intentara un cambio semejante su evaluación se hiciera a través de estudios controlados ajustados a las características de cada comunidad, lo que no se verifica en la práctica.

Muchas de las campañas presuntamente basadas en evidencias son en realidad estrategias complejas sostenidas por grupos con gran interés en detectar patologías y tratarlas, cuando no inventarlas. Aunque resulta curioso, todavía no sabemos a ciencia cierta si las mamografías se justifican para prevenir muertes por cáncer de mama, a quién se le debería medir el PSA o qué sentido tiene el *screening* de osteoporosis a través de la densitometría ósea.

La utilidad de aplicar la MBE al paciente individual es limitada

Por definición, la MBE es una estrategia epidemiológica, y al descartar el contenido fisiopatológico en muchos casos no tiene objetivos individuales y su efecto es sobre el “paciente promedio”. El paciente es siempre un subgrupo y los ensayos controlados nos aportan sólo una información probabilística que configura un marco de reflexión para el paciente, pero no un mandato. Este tema lo hemos discutido en detalle en publicaciones anteriores. (26)

La MBE reduce la autonomía de la relación médico-paciente

Una de las utilidades de la MBE consiste en poder orientar el gasto en salud a prácticas con efecto beneficioso comprobado. Los sistemas gerenciados de salud pueden utilizar como parámetro de control de la actividad médica la aplicación de prácticas basadas en evidencias y existen sistemas de premios y castigos para esta estrategia. En Gran Bretaña se ha propuesto mejorar los ingresos de los médicos generales que controlan bien los factores de riesgo de sus pacientes. Los críticos han señalado algo que resulta obvio: los médicos harán más hincapié en aquellos aspectos que serán evaluados y mejoran sus ingresos que en los

otros problemas reales del paciente. Como discutiremos más abajo, existen muchos factores que generan una necesaria distancia entre las pruebas aportadas por un ensayo controlado de un eventual beneficio en el paciente promedio y transformar esa información en el mandato sobre lo que se debe indicar en el paciente concreto que atendemos.

La MBE es una base filosófica pobre para la medicina y La definición de evidencia es estrecha y excluye información importante

El pensamiento filosófico en medicina se ha concentrado históricamente en el debate bioético. Es muy escaso el desarrollo epistemológico u otros enfoques que pueden también enriquecer la reflexión sobre la práctica. En las últimas décadas se han publicado, aunque en un plano un poco alejado de la práctica y el conocimiento del médico asistencial, exploraciones interesantes desde otras miradas: la fenomenología, (27) la hermenéutica del encuentro médico, (28) la crítica epistemológica. Nos detendremos en el análisis epistemológico de la evidencia utilizada en la práctica clínica.

Otras definiciones de evidencia

Intentando abarcar todas las fuentes de evidencia que contribuyen a la decisión médica, en Canadá se ha encarado una interesante experiencia con el proyecto HEALnet. A continuación resumiré las conclusiones de un encuentro de este grupo que llevó a la propuesta de una “taxonomía de la evidencia”. (29)

Comencemos por la discusión de la definición de lo que puede considerarse una evidencia.

Evidencia: es una observación, hecho o cuerpo organizado de información, ofrecido para sostener o justificar inferencias o creencias en la demostración de proposiciones o temas en juego.

Queda claro que no existen “evidencias” en general como fundamento de un pensamiento, sino inferencias o creencias que requieren evidencias para su racionalidad y argumentación. El médico utiliza las evidencias para elaborar un argumento autoconvinciente en la resolución del problema que se plantea.

Desde esta mirada, lo erróneo de la MBE no es su intención, sino la definición de evidencia propuesta: sólo jerarquiza lo proveniente de ensayos clínicos o epidemiológicos cuantificables.

Los autores proponen un concepto más amplio de evidencia que incluya las diversas pericias requeridas en el cuidado de la salud, a través de dos ejes para el análisis: a) Contexto: particular/general y b) Metodología: análisis del sentido/medición de los efectos.

¿Cuáles son las fuentes de prueba reales en la elaboración de un argumento que nos lleva a la conducta médica?

En el análisis poblacional basado en evidencias medibles contamos con la estructura que nos aporta la MBE: jerarquías de evidencias, riesgos relativos y absolutos de los efectos de intervenciones sobre poblaciones.

Para el análisis del caso particular basado en evidencias medibles, tenemos recursos mucho más limitados. Podemos recurrir a evaluaciones secuenciales como el razonamiento bayesiano, que nos aclara en cuánto puede aportar al problema que estamos explorando en este paciente un nuevo estudio o un nuevo tratamiento, o a la estimación personal del riesgo con los puntajes.

En el análisis poblacional basado en evidencias del sentido de nuestra intervención, necesariamente cualitativas, necesitamos el aporte de las ciencias histórico-sociales. No es posible pensar la propuesta de intervenciones poblacionales sobre la base de ensayos clínicos y una mirada de especialista sin tomar en cuenta el conjunto de la problemática y las prioridades de la comunidad.

Por último, para el análisis del paciente particular sobre el sentido de nuestra intervención, necesitamos del conocimiento psicológico-emocional y también de la dimensión cultural-histórico-social, necesariamente cualitativas.

En la Figura 1 se resumen el esquema propuesto y las diferentes disciplinas involucradas.

La propuesta es apasionante pero muy compleja de encarar, dado que los conceptos de evidencia son muy diferentes entre las ciencias sociales y las naturales (cualitativos *vs.* cuantitativos), así como los criterios de verdad. Esta tensión entre humanidades y ciencias fácticas no se reduce sólo a la medicina, sino que abarca también todo el espectro del pensamiento científico, como se ha debatido en un libro reciente del eminente biólogo Stephen Gould. (30) No es casual que esta reflexión surja de una disciplina como la biología orientada a la evolución, que no tiene posibilidad de probar sus hipótesis como en la ciencia física, sino reconstruir una historia con las mejores pruebas que consoliden un argumento convincente.

Incorporar estas otras formas de evidencia que utiliza el médico en su práctica en forma rigurosa requiere metodologías aún no maduras, pero sí necesarias.

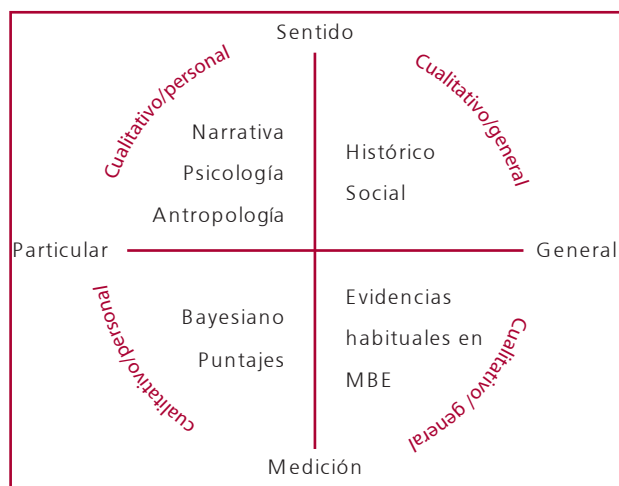


Fig. 1. Bases conceptuales de la taxonomía de la evidencia.

Medicina interpretativa. Análisis de la argumentación médica

Bajo el título *La gramática de la medicina interpretativa*, R. Horton, editor de *The Lancet*, discutió un enfoque diferente orientado a la práctica clínica. (31) Afirma que el proceso en juego frente a los problemas del paciente es desarrollar una estructura de argumentación que nos permita llegar a una conclusión práctica sobre qué estudios indicar o qué tratamiento aplicar. Las fuentes de evidencia que conforman esa argumentación deberían estar explícitas y, como se verá, abarcan un campo que las acerca al planteo de HEALnet.

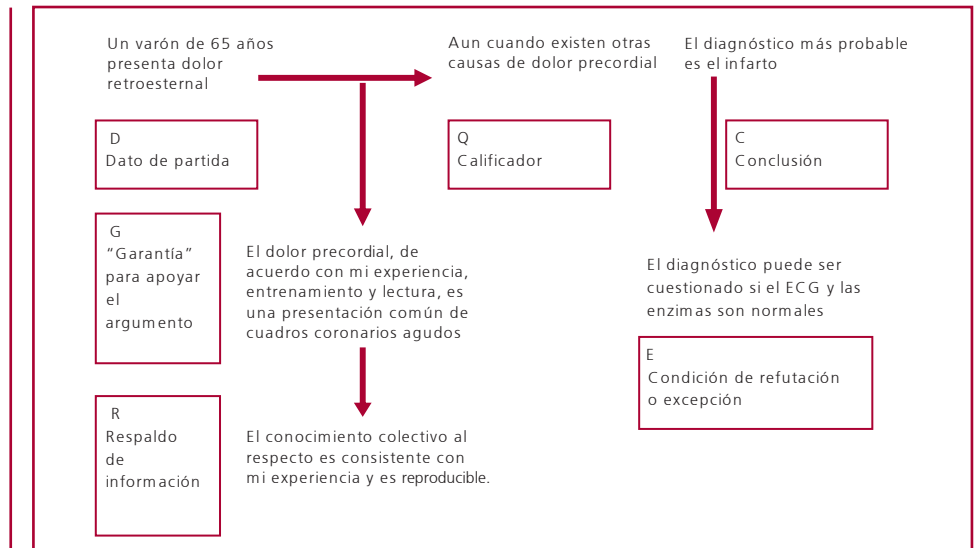
El autor explora la gramática interna de ese proceso, es decir, cuáles son los eslabones lógicos que estructuran una argumentación valedera. Sobre la base de su experiencia clínica y como editor, sostiene que los médicos ignoramos reglas básicas del proceso de argumentación y que podríamos mejorar mucho en la solidez de nuestros razonamientos entrenándonos en este campo. Utiliza los conceptos del filósofo Toulmin, que se resumen en la Figura 2. Frente a un caso sencillo, partimos de un dato (el dolor precordial) para llegar a una conclusión. Esta conclusión se basa en una "garantía personal" (nuestro respaldo individual proveniente de la lectura y la experiencia) y de un respaldo externo (el conocimiento colectivo o la bibliografía). Esta conclusión debe ser sometida también a un calificador que abra la puerta a otra alternativa, y establecer también una condición que restringe el campo de aplicación o nos lleva a la refutación de la conclusión.

Aunque este proceso puede sonar en primera instancia muy teórico o impráctico, me parece claro que en el proceso del pensamiento médico elaboramos argumentaciones con pasos poco conscientes y más o menos similares, en los que las evidencias surgidas de los ensayos controlados o las diferentes jerarquías propuestas por la MBE desempeñan un papel escaso. A este proceso lo denomina medicina interpretativa. Cabe aclarar que este mismo término ha sido utilizado en una publicación reciente con diferente contenido, más orientada a la narrativa, (32) y también como parte de medicina alternativa, en ninguno de los dos casos con un contacto conceptual con esta propuesta.

Horton sostiene que "La vía por la cual la evidencia es seleccionada, ensamblada y generalizada para producir un argumento requiere una atención mayor, dado que todas las afirmaciones dependen del juicio acerca de qué evidencia es relevante y cuál no lo es. El argumento es la unidad fundamental del pensamiento médico. El buen médico necesita tener el ojo crítico de un buen lector".

El proceso de la decisión médica no puede limitarse incluso a este planteo argumentativo, dado que es condicionado por muchos aspectos poco conscientes o explícitos: experiencias previas con pacientes o personales que nos marcan preferencias difíciles de

Fig. 2. Esquema de la gramática de la argumentación utilizando el esquema de Toulmin para un paciente que consulta por dolor precordial. Modificado de la cita (31).



defender, factores dependientes del carácter (médicos arriesgados *vs.* médicos tímidos), el eventual beneficio personal del médico o del sistema y otra multiplicidad de factores que en su conjunto Lucien Israel ha explorado ya hace años en un libro clásico. (33)

INTENTANDO UN PUENTE ENTRE LAS EVIDENCIAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS

Medicina del sentido (*medicine of meaning*)

Una propuesta conceptualmente interesante es intentar unificar en forma dinámica las diferentes fuentes de evidencia, utilizando la metáfora del puente. (34)

De un lado del puente se encontrarán las evidencias científicas formales, al estilo de las propuestas de la MBE, y del otro lado otras fuentes de evidencias que dan sentido a la actividad médica: teóricas, prácticas individuales y grupales, de experto, jurídicas (la evaluación del riesgo o vulnerabilidad eventual de nuestras decisiones que lleva al médico temeroso a pedir todos los estudios y aplicar todos los tratamientos) y éticas. Comunicando estas dos orillas se encuentra el puente que pretende generar una medicina del sentido. En la visión de los autores, tanto los protagonistas como los críticos de la MBE comparten dos imperativos:

- Ayudar a completar el sentido **de la** medicina: implica tomar en cuenta no sólo las pruebas de los ensayos clínicos, sino el debate sociocultural sobre el papel de la medicina, la misma definición de salud/enfermedad, la medicalización y los límites de la medicina.
- En la dimensión de la práctica clínica, descubrir o crear un sentido personal **en la** medicina: orientada a enriquecer el acto médico con el aporte de las humanidades al debate sobre los orígenes del malestar médico actual.

Viajar a los dos lados del puente le permite al médico práctico obtener una satisfacción práctica y estética, cumpliendo así el cometido del encuentro clínico, colaborar en la ayuda y la curación.

INTENTANDO UNA CONCLUSIÓN

En nuestro país aún no ha habido un desarrollo sólido de la MBE, y probablemente su mayor difusión hoy nos aporte más ayuda que perjuicio. Sin embargo, sostener que practicamos o debemos practicar una medicina basada en evidencias nos lleva a una reducción, un recorte muy parcial de la verdadera tarea cotidiana de la medicina.

La MBE no es en realidad una forma de practicar la medicina, sino sólo una metodología para el análisis de una parte de la información relevante. Considerarla un nuevo paradigma de toda la actividad médica o a las evidencias como base de la medicina probablemente sea un error. No tiene sentido plantear una alternativa a la MBE, sino una reducción de su papel a un aspecto parcial de la compleja práctica médica.

Se ha postulado que la cardiología hoy planifica una medicina para poblaciones en lugar de una mirada orientada al paciente. En un plano positivo, esta mirada poblacional nos ayuda a entender cómo nuestro modo de vida social se relaciona con las enfermedades e intentar estrategias para su modificación. Pero los cardiólogos no somos sanitaristas, como no lo es el médico general, y carecemos de una visión de la sociedad en su conjunto y sus conflictos. Por otra parte, un plan de salud puede ser desarrollado por un sanitarista o un economista, pero la atención del paciente requiere un encuentro, un contacto real entre dos personas, con sus horizontes de vida.

En este momento, la autoridad médica está debilitada por múltiples factores, no sólo en nuestro país, que tiene sus propias problemáticas no resueltas. Uno de los factores que empobrece la experiencia médica es considerar que la MBE puede resumirse en un manual, y en la práctica se reduce a aplicar para cada problema su terapéutica aprobada.

He intentado fundamentar que en cada encuentro y decisión médica participan fuentes de evidencia com-

plejas, que nos llevan a elaborar una argumentación con sus fortalezas y debilidades lógicas, y que existen hoy múltiples propuestas para enriquecer la mirada médica entrenando otras capacidades que pueden generalizarse como narrativas.

Este enfoque complementario o alternativo a la MBE contribuye a mejorar el poder de los médicos para renegociar su identidad profesional incluyendo una discusión sobre el sentido auténtico de la medicina y su práctica diaria. La medicina no es una ciencia, tiene un propósito moral, y no puede funcionar sino a través de un vínculo humano.

Leyendo las recomendaciones formativas sobre narrativa, lógica y filosofía de la práctica, nos puede asaltar una duda gigantesca. Podemos preguntarnos si tenemos realmente competencia para semejante desafío o tiempo para afrontarlo, y seguramente la respuesta será que no. Sin embargo, no nos queda mejor remedio que intentarlo, lo que sin duda enriquecerá nuestra vivencia de la medicina, y probablemente nuestra eficacia clínica.

Dr. Carlos D. Tajer

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- Lakoff G. No pienses en un elefante. Conoce tus valores, encuadra el debate. Editorial Complutense; 2006.
- Upshur RE. If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? *J Eval Clin Pract* 2002;8:113-9.
- Tajer CD. Ensayos terapéuticos, significación estadística y relevancia clínica. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:385-90.
- Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al; JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008;359:2195-207.
- de Lorgeril M, Salen P, Abramson J, Dodin S, Hamazaki T, Kostucki W, et al. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal. *Arch Intern Med* 2010;170:1032-6.
- Ridker PM, Glynn RJ. The JUPITER Trial: Responding to the Critics. *Am J Cardiol* 2010;106:1351-6.
- Singh S, Loke YK, Furberg CD. Long-term risk of cardiovascular events with rosiglitazone: a meta-analysis. *JAMA* 2007;298:1189-95.
- CURRENT-OASIS 7 Investigators, Mehta SR, Bassand JP, Chrolavicius S, Diaz R, Eikelboom JW, Fox KA, et al. Dose comparisons of clopidogrel and aspirin in acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2010;363:930-42.
- Mehta SR, Tanguay JF, Eikelboom JW, Jolly SS, Joyner CD, Granger CB, et al; CURRENT-OASIS 7 trial investigators. Double-dose versus standard-dose clopidogrel and high-dose versus low-dose aspirin in individuals undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes (CURRENT-OASIS 7): a randomised factorial trial. *Lancet* 2010;376:1233-43.
- Heath I. "A fragment of the explanation": the use and abuse of words. *Med Humanities* 2001;27:64-9.
- Greenhalg T. How to read a paper: The basics of evidence-based medicine. *BMJ Books* 2010.
- Greenhalg T, Hurwitz B. Narrative based medicine. *BMJ Books* 1998.
- Charon R. The art of medicine. Narrative evidence based medicine. *Lancet* 2008;371:296-7.
- Shaneyfelt TM, Centor RM. Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night. *JAMA* 2009;301:868-9.
- Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, Kearon C, Crowther M, Gutterman D, et al. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med* 2010;152:738-41.
- Ulvenes L, Aasland O, Nylenna M, Kristiansen I. Norwegian physicians knowledge of and opinions about evidence-based medicine: cross sectional study. *Plos One* 2009;4(a7828):1-6.
- Heselmans A, Donceel P, Aertgeerts B, Van de Velde S, Ramaekers D. The attitude of Belgian social insurance physicians towards evidence-based practice and clinical practice guidelines. *BMC Fam Pract* 2009;10:64.
- Harrison S, Moran M, Wood B. Policy emergence and policy convergence: the case of "scientific-bureaucratic medicine" in the United States and United Kingdom. *Br J Polit Int Relat* 2002;4:1-23.
- Crowe E, Lovibond K, Gray H, Henderson R, Krause T, Camm J; Guideline Development Group. Early management of unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010;24(340):c1134.
- Bateson G. Metalogos. Incluido en Pasos hacia una ecología de la mente. Ediciones Lohlé-Lumen; 1998. p. 73.
- Stefanick ML, Anderson GL, Margolis KL, Hendrix SL, Rodabough RJ, Paskett ED, et al; WHI Investigators. Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in postmenopausal women with hysterectomy. *JAMA* 2006;295:1647-57.
- Davis BR, Piller LB, Cutler JA, Furberg C, Dunn K, et al. Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial Collaborative Research Group. Role of diuretics in the prevention of heart failure: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. *Circulation* 2006;113:2201-10.
- Cohen A, Stavri Z, Hersh W. A categorization and analysis of the criticisms of evidence based medicine. *Inter J Med Inform* 2004;73:35-43.
- Katritsis D, Siontis G, Kastrati A, van't Hof A, Neumann F, Siontis KC, et al. Optimal timing of coronary angiography and potential intervention in non-ST-elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2010 Aug 13. [Epub ahead of print]
- Tajer CD. Evidencias y el paciente individual. En: Doval H, Tajer CD y col. Evidencias en Cardiología VI. Lecturas complementarias del CD.
- Kay Toomb S. Handbook of Phenomenology and Medicine. Kluwer; 2001.
- Gadamer HG. The enigma of health. Stanford University Press; 1996.
- Upshur R, VanDen Kerkhof E, Goel V. Meaning and measurement: an inclusive model of evidence in health care. *J Ev Clin Pract* 2001;7:91-6.
- Gould S. Érase una vez el zorro y el erizo. Editorial Crítica; 2010.
- Horton R. The grammar of interpretive medicine. *CMAJ* 1998;159:245-9.
- Reeve J. Protecting generalism: moving on from evidence-based medicine? *Br J Gen Prac* 2010;60:521-3.
- Israel L. La decisión médica. Emecé editores; 1983.
- Buetow S. Beyond evidence-based medicine: bridge-building a medicine of meaning. *J Ev Clin Pract* 2002;8:103-8.

FE DE ERRATAS

Por un error involuntario, en la **Carta del Presidente** publicada en *Revista Argentina de Cardiología* vol 78 nro. 4, línea 12 de la página 384, donde dice: ... "de gravedad severidad", debió decir "de moderada severidad" y en la línea 19, donde dice "severidad" debió decir "severidad".