

## MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

### "Epidemiología Clínica y Evidencias"

Dr. Patricio Herrera L.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.  
Unidad de Monitoreo Clínico Epidemiológico, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Si algo desafortunado ha ocurrido con la irrupción "desde lo alto" de la "Medicina Basada en Evidencias" (MBE), a veces "basada en la evidencia", es que se haya traducido al castellano – literalmente y con muy poca propiedad- el término en inglés. Parece ser esta incorporación literal de términos extranjeros, preferentemente anglosajones, con frecuencia equivocada y hasta sin sentido, una debilidad de nuestra cultura actual en variados ámbitos. No siempre es posible lograr una traducción que traslade intacto el concepto que encierra un término o giro idiomático de un lenguaje a otro. Y ello conlleva el riesgo de acomodar nuestra concepción del asunto a la traducción errónea, en vez de sacar provecho de la oportunidad que el concepto realmente ofrece. En otras palabras, una discusión estéril del mero término "evidencia" impide apreciar el tema de fondo y su enorme importancia.

Por otro lado, la difusión imperfecta de lo que es sólo uno de muchos aspectos supeditado a otra disciplina –la Epidemiología Clínica (EC), una ciencia básica para la práctica clínica (1)- sumada a la traducción deficiente han venido a ser, en nuestro medio, algo como intentar construir la techumbre sin haber construido ni cimientos ni muros. No intentaré aquí una traducción del término MBE sino, más bien, me referiré a aspectos centrales del concepto que encierra aquél en el ámbito anglosajón, de una manera que no despierte el bloqueo intelectual que, clara y comprensiblemente, explota ante la dureza hermética de lo que aparenta ser una pretensión de la existencia de "pruebas incontrastables o definitivas" de algo, en este caso, en casi todos los aspectos de la medicina clínica.

Como comentaremos más adelante, hubiese sido quizás menos traumático haber hablado de "Medicina Clínica basada en lo evidente", en el sentido de estar basada en aquello que inequívocamente es perceptible y

comprensible<sup>1</sup>, del conjunto de todo aquello que aparece en lo que llamamos "literatura médica", término al que debemos agregar "clínica".

Tal vez esclarezca el significado del enunciado "llevar a cabo la Medicina Clínica sustentando su ejercicio en evidencias", y reflexionar sobre lo opuesto: "llevar a cabo la Medicina Clínica sin sustentar este ejercicio en evidencias". ¿Qué implica "sin sustentar su ejercicio en evidencias"? Antes de la aparición de la MBE, la respuesta sería fácil: se referiría a la práctica de la Medicina Clínica en base a supercherías, consejas y pensamiento mágico, todo esto –muchas veces- de una manera aceptada con entusiasmo por un segmento importante de la población, fenómeno que va más allá de la clasificación vigente de los grupos socioeconómicos, para perderse en los rasgos antropológicos –como los entiende don Pedro Laín Entralgo en su poco conocido discurso "Una Antropología Médica"<sup>2</sup>- que moldean el sentir –y a veces el pensar- de toda la humanidad occidental.

<sup>1</sup> Tal vez la siguiente analogía sirva para ilustrar el concepto: si en una observación clínica leemos, en la historia actual, que el paciente lleva dos días con fiebre, nuestra disciplina clínica nos alertará sobre que el término "fiebre" y su duración no constituye sino una interpretación de un síntoma relatado por el paciente y no una evidencia, de modo que la interpretación de "fiebre" puede ser errónea; más cercano a la verdad hubiese sido explorar y consignar como síntomas otros componentes del síndrome febril que hagan más plausible que la fiebre existió. Si consta temperatura de 39 grados, esto sí es evidencia de que la "fiebre" es parte de la causa de consulta. Así, por ejemplo, cuando un autor hace un meta-análisis en un área temática, independientemente de los antecedentes que lo justifiquen, los métodos estadísticos usados, los resultados mismos y, sobre todo, las conclusiones, hay que examinar algunas "evidencias": la cantidad, tipo y calidad de trabajos que incluyó en tal síntesis y, obviamente, los resultados y la forma de comunicarlos. No es raro encontrarse en este tipo de trabajos, con evidencias claras de invalidez, inclusive en revistas de alto impacto (léase Safdar et al. "Risk of hemolytic uremic syndrome after antibiotic treatment of *Escherichia coli* O 157:H7 enteritis: A meta-analysis". JAMA 2002; 288; 996-1001).

<sup>2</sup> "Una Antropología Médica" fue el curso dictado por el Profesor Dr. Pedro Laín Entralgo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los meses de junio y julio de 1965.

Hay, sin embargo, otro modo de entender el asunto. Si aceptamos el concepto de “paradigma” – por extensión- como todo lo aceptado como válido –transitoriamente, si se trata de lo entendemos como científico- sobre cierto tema del ámbito de la Medicina Clínica (y sobre cualquier otro, pero aquí nos interesa lo clínico), entenderemos como “evidencia” aquello que está legítima o válidamente asociado a tal paradigma en particular y, esencialmente, lo modifica válidamente. Este contexto –el del paradigma- debe tenerse en cuenta al interpretar el término “evidencia”. ¿Es “evidencia” de septicemia el aislamiento de *Staphylococcus* coagulasa negativo de la sangre de un paciente dado? El aislamiento puede (o no) ser una “prueba” de que tal agente estuvo en la sangre del paciente, pero también pudo ser contaminación, con lo que deja de ser prueba de aquello cuya constatación hacemos depender del hemocultivo positivo (enfermedad por tal agente). Todo buen clínico sabe que, aun con signos de enfermedad (fiebre), un aislamiento como el descrito es una evidencia, pero no “prueba” nada de trascendencia, si no se da cierto contexto al cual contribuye, decisivamente, el paciente en particular.

Probablemente el término “evidencia”, entendido como “prueba o argumento irrefutable”, sea excesivo. No siempre, ni todos los médicos, han ejercido su profesión ajenos a toda evidencia, aunque las “evidencias” han estado presente desde muy antiguo en la historia de la medicina. Tal vez existe una sucesión de hipótesis plausibles que sólo empezó a ponerse a prueba de cierta manera –la probabilística cuantitativa- sólo recientemente. Pero determinada respuesta a una hipótesis, por plausible que sea –o parezca- no es necesariamente válida. Y la “validez” es un concepto que implica –en ciencias, al menos- un grado de aproximación a la verdad.

Entenderemos, entonces, para hacer posible este ensayo, que la medicina de que hablamos es la que está basada en las Ciencias de la Salud ortodoxas, occidentales, con todo lo que ello implica de científico (aunque, inclusive en medicina clínica, haya extensas áreas de práctica en que no hay respaldo científico como lo entendemos hoy). Conviene, además, hacer ver que lo que llega al clínico proviene de procesos bien demarcados y frecuentemente bastante diferentes: a) el mundo de los investigadores en epidemiología y clínica, b) el del proceso editorial, c) el de las bibliotecas, d) el de los difusores, e) el

de los repetidores e improvisadores, y finalmente f) la lectura del producto por parte del clínico, personaje generalmente alejado de los anteriores y muy atareado.

Parece exigible, como parte de su cultura profesional, que el médico tenga noticia de lo anterior y sea capaz de sortear verdaderas “trampas” editoriales (intelectuales), así como poseer algunas nociones que le permitan evitar ser sólo “una hoja en la tormenta” representada por el flujo irrestricto de datos relacionados con la práctica clínica.

Es propósito de este ensayo aportar alguna información con el fin de contribuir a disipar malentendidos que pudieran malograr el aprovechamiento de las oportunidades que nos ofrece en términos de transferencia de tecnología (aunque, a nuestro juicio, va un poco más allá de sólo eso).

En el contexto esbozado, el sentido de la MBE no podría ser ni dogmático ni inapelable, por varias razones que trataremos de resumir aquí y sobre todo porque, en medicina, el trabajo es un todo multidimensional que puede desarrollarse en diversos planos, y no podemos abordarlos todos simultáneamente ni es nuestra pretensión hacerlo.

Una primera aproximación a la naturaleza del trabajo médico es el enfrentamiento con su más difícil rasgo: estar ineludiblemente basando su trabajo en probabilidades y no en certezas; en otros términos, en un marco mayor o menor de incertidumbre. Ello significa que nuestros diagnósticos, tratamientos, pronósticos, actos o recomendaciones preventivas, etc., correspondan a decisiones a cargo del médico clínico o de ejecutivos en salud, que consisten –nos plazca o no- en conjeturas, con grados variables de probabilidad de ser válidas (o erróneas), para ajustar las cuales la ciencia –por un lado- y la técnica –por otro- han hecho y hacen esfuerzos ingentes y permanentes buscando que las decisiones que finalmente tomemos en cada uno de estos pasos sean, en función del paciente o población, lo mejor posible para estos últimos. Ello implica la emergencia de progreso permanente expresado públicamente, por escrito. El ser conscientes de lo precario de nuestra situación como médicos clínicos y del progreso mencionado es lo que nos exige “mantenernos al día”.

Es más. A poco andar los primeros programas formales de EC, se identificó el segundo desafío para el clínico moderno y que constituye

uno de los más grandes problemas para la mejor práctica de la medicina: a) la cantidad inmensa de información y, por consiguiente, una mayor carga para el clínico y b), la gran variedad de grados de validez que impera en el mundo de lo que llamaremos, en resumen, “publicaciones”. A ello se agrega, ahora, un enorme volumen de éstas volcadas en un todo que incluye hasta la más burda y peligrosa de las majaderías: en Internet. El reconocimiento de este complejo fenómeno llamó a revisar el modo de “mantenerse al día”, que consistió -durante largo tiempo- en leer publicaciones periódicas consistentes en resúmenes y síntesis incompletas, mayormente subjetivas, elaboradas por terceros, a veces a cargo de figuras de prestigio en el ámbito clínico o, simplemente, leer resúmenes y conclusiones que aceptamos como válidas en virtud de – esquemáticamente- tres factores determinados por nuestra fuerte dependencia cultural: el idioma (en particular, el inglés), la revista (su título y lo que éste implica)<sup>3</sup> y el prestigio real o imaginario del autor del artículo. Algunos ejemplos de esta fase de nuestra cultura han sido las colecciones “Year Book”, las diversas “Clínicas de Norteamérica”, “Letters”, “Current Opinions”, etc. Para enfrentar este desafío se necesitó familiarizarse con disciplinas que tan poco afecto despertaban en nuestro medio (y en muchos otros) como son la bioestadística y la metodología de la investigación clínica (“los doctores detestan las matemáticas”). Ambas en constante desarrollo, para mayor desazón de quienes nos hemos ido quedando atrás en estos aspectos.

Algo de los cambios de mayor importancia - y atractivo para el clínico, porque contribuyen a la aplicabilidad de las propuestas que aparecen en la literatura médica- lo constituyen dos hechos destacables. El primero, es que la bioestadística necesaria para abordar en propiedad el análisis de la información médica clínica, se ha reducido considerablemente y no exige ya el estudio de programas agobiantes y extensos desarrollados, generalmente, por estadísticos no clínicos o, simplemente, por médicos que hacen de la estadística una ciencia sólo para iniciados y la alejan de la clínica. El segundo es el desplazamiento del énfasis desde “el valor de p” – índice de significación estadística- a *las medidas de asociación* y sus derivados, así como las de dispersión, –más cercanos a la llamada

significación clínica- que no sólo permiten acercar los resultados de los estudios a la mentalidad del clínico y su necesidad de aplicarlos a su paciente, sino lograr bastante más que quedar meramente “ilustrado” sobre “avances” en determinado tema.

Examinemos más de cerca las ideas contenidas en los párrafos precedentes.

El carácter de inciertos de los modos y áreas de nuestro quehacer clínico pareciera no merecer dudas: al margen del marco de probabilidades en que se dan, se agrega la incertidumbre de la propiedad con que lo estamos aplicando, si tenemos en cuenta el cambiante movimiento de la “verdad vigente” determinado por el avance científico. El clínico “infalible” es un mito que, como muchos otros, pudo haber tenido existencia real en otro tiempo y en otro contexto: recordemos los grandes clínicos chilenos de la primera mitad del siglo pasado. Es interesante constatar que las habilidades –diagnósticas sobre todo- a veces increíbles de tales figuras de la Medicina Clínica chilena fueron producto de un cuerpo de conocimiento, experiencia y destrezas innatas, que no fueron transmitidas a seguidores; a lo más los reemplazaron opacos imitadores de aquellos maestros. Eran otros tiempos, una de cuyas características podría ser la ausencia de una disciplina estructurada que permitiera sistematizar esas virtudes para llevar la “magia” aparente al juicio clínico transferible a terceros (es decir, a discípulos, estudiantes de medicina, de posgrado, etc.).

En cuanto al componente más exquisito –y engañoso- contenido en el actuar de los Maestros, la experiencia, tampoco pudieron ellos traducirla a un cuerpo de conocimiento transferible. Es, en suma, muy probable que los Maestros no tuviesen muy claro el porqué de sus sobresalientes habilidades, si bien todos predicaron el estudio y el ejercicio disciplinado de la Medicina, asunto que, junto con revelar modestia, demostró otras virtudes como la prudencia. A sus sabias recomendaciones hay que agregar, hoy día, los elementos de avance de lo que podríamos llamar “inteligencia clínica”.

Echemos una mirada al segundo párrafo, el que se refiere al procesamiento de la información médica clínica, la “Literatura Médica”, en la jerga del tema en cuestión.

Recordemos que es propio del conocimiento científico el ser perfectible (2), lo cual nos condena a otra carga intolerable: ya que los

<sup>3</sup> Asunto del que no nos hemos liberado del todo.

paradigmas cambian hay que “estar al día”, no sólo por razones académicas, de prestigio u otras posibles, sino por razones éticas. Mucho antes de la EC moderna, era para el médico indispensable observar, medir, contar, lo que sólo algunos destacados médicos hicieron en forma sistemática, dejando hitos históricos en el pasado lejano (3). En el siglo recién pasado, las nociones de estadística aplicadas a la Medicina (Bioestadística), proporcionaron herramientas que –sin duda alguna– han acelerado el progreso y respaldado al médico ante la incertidumbre que le plantea el mundo de las probabilidades. Esto último podría ser tratado en un contexto técnico aséptico, matemático, si no fuese porque la complejidad de lo probabilístico o bioestadístico se nos presenta en (uno o una comunidad de) seres humanos, por lo cual es difícil responder éticamente a las disyuntivas de la práctica médica sin reconocer la dimensión probabilística (1, 4, 5), por un lado, o restringirla sólo a ella, por otro. En el primer caso estaríamos ante un peligroso y egocéntrico –frecuentemente popular y económicamente exitoso– curandero. En el segundo, podría tratarse sólo de un bioestadístico –un matemático– y no un médico clínico.

Aunque existió transferencia educacional con noticias de los cambios a que hemos hecho mención, desde los países anglosajones (Estados Unidos, Canadá, Australia) a algunos países de América Latina, en términos de formación en programas de EC, el enorme esfuerzo que ello significó en lo personal y en lo institucional no prendió en los programas de educación médica y menos en la práctica de la Medicina, por lo que esta ciencia –que sí lo es– no ha constituido parte clara, intencionalmente definida, del núcleo fundamental en la educación del médico, especialmente el clínico (y si lo ha sido, no se percibe en el bagaje de los estudiantes aspirantes, por ejemplo, de postítulo). Por ello, quizás, la llegada de la MBE despierta resistencias y críticas que parecen ignorar en qué está basada la disciplina misma. Si la EC implica programas intensos de dos años o más en la mayoría de las universidades de habla inglesa, la “*Evidence Based Medicine*” pareciera poder alcanzarse en cursos de plazo mucho más corto, falacia tras la cual se ignora u omite que se requiere –o se presupone que ya existe– el conocimiento y destrezas básicas en EC como las que mencionamos a continuación.

Las complejidades y riesgos de error y controversia sobre el concepto de “normalidad”, de

las mediciones clínicas, del error potencial de éstas en los planos intra e interobservador (todo lo cual es familiar para un buen clínico), de la sistemática de la decisión clínica, de lo que genéricamente se llama “exposición”, de las exigencias en el reclutamiento de pacientes, etc., son abordadas por la EC. Y –tal vez– más importante aún, las bases del abordaje en profundidad de las fuentes de error por azar y por error sistemático que pueden afectar a las anteriores.

En Ciencia no hay dogmas. Si los hubiera, no estaríamos hablando de Ciencia. No hay recetas para hacer las cosas bien (en investigación clínica, por ejemplo), pero sí hay un catálogo de falacias y los mecanismos que las determinan. El conjunto de capítulos de ese catálogo sobre las falacias, sus mecanismos y los modos de evitarlos, se llama “*Lectura Sistemática (Crítica) de Literatura Clínica*”, que requiere más que un cursillo, como los ha habido de horas, dos días o seis fines de semana, pues requiere bases que sólo da la EC, para juzgar lo que es evidente (cuando está presente): los *métodos* y los *resultados*. Las conclusiones de los autores no necesariamente son una evidencia sino simples opiniones y con frecuencia sufren sesgos más o menos serios con posibles efectos a veces devastadores para los pacientes. Nadie podría pretender, en una disciplina científica, “evidencias probatorias finales” en medicina clínica. La más superficial mirada a la historia de lo que nos ha tocado vivir lo demuestra. A lo más, conclusiones más o menos cercanas a lo válido –y que, de paso, permiten su aplicación–, entendiéndolo por ello lo que *puede* tener mayor cercanía a tal ideal. Nótese que el grado de cercanía *puede* ser atributo de un resultado. Esto es así porque lo *verdadero* nos es, teóricamente, inalcanzable. La *validez* (o grado de validez) puede entenderse, entonces, como la medida en la que cierto resultado o conclusión se acerca a lo verdadero. Lo que sí existe es un gran caudal de material no aceptable que puede presentarse como fuente de apoyo para las decisiones del clínico. No obstante existir tal catálogo (difícil de reunir en un solo volumen), hasta en reputadas revistas llamadas “de impacto”, incluidas las más conspicuas en inglés, suelen encontrarse ejemplos extremos de invalidez (6, 7).

Llegaron, para popularizarse –en los últimos 5 años, más o menos–, los textos de diverso origen sobre MBE, ejemplificado por la síntesis de D. Sackett et al (8), cuyo objetivo –en síntesis– es “buscar lo que menos daño le haga al paciente” (o

población), sin advertir –en su contenido- la ausencia que puede haber en sus lectores de todo lo comentado en los párrafos anteriores sobre EC, por lo que el autor no logra evitar el riesgo cierto de elegir una proposición diagnóstica o terapéutica, por ejemplo, que puede acarrear más daño que beneficio a los pacientes<sup>4</sup> o interpretaciones erróneas de los términos y los conceptos asociados, simplemente por mala interpretación de los contenidos del texto.

Nada de esto debería sorprender al clínico dedicado, observador y bien informado. Al fin y al cabo, el teorema de Bayes (¡Dios Santo, donde vino a meterse la estadística!) no hace sino describir y hacer funcional el mecanismo lógico que usa el buen clínico - aunque fue desarrollado con otros fines, en otro campo- (9) para ajustar su predicción diagnóstica – principalmente - y también sus otras predicciones, como es en terapia, pronóstico, etc.

Con toda esta muy resumida información a la vista, queda un asunto críticamente importante, por ser causa constante de errores no sólo en aspectos del tema que nos preocupa en las esferas de la práctica clínica, sino en el ámbito –del todo diferente- de la *investigación clínica*. Lo mencionaremos porque tener estos conceptos en cuenta resulta una condición indispensable para lograr un acuerdo respecto a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de MBE. A) La hipótesis del clínico ante su paciente difiere substancialmente de la hipótesis del investigador clínico ante su intención de modificar un paradigma, así como B), en los conceptos relacionados con el control del azar, el nivel de error tipo I (y tipo II), con valores convencionales peligrosamente equívocos en su aspecto (“0,05 uni o bilateral”), no son sinónimo del “valor de  $p \leq 0,05$ ” resultante de aplicar (con hipótesis operacional o sin ella) pruebas de significación estadística. Es importante hacer notar que la elección de estos guarismos es, en principio, absolutamente “ad libitum” y convencional. El que se repitan una y otra vez depende de consensos casi universales o, con frecuencia, por simple imitación. En todo caso, no pueden ser interpretados como una “hoja de guillotina” que separa lo verdadero de lo falso. Sin embargo, en cada caso, el investigador serio y consciente de lo que está haciendo, elegirá –con

antelación al desarrollo de su estudio- un cierto valor crítico razonable para enfrentar las incertidumbres –obligadas- de su propuesta hipotética y, con ello, él se obliga a respetar tal límite. De no hacerlo, pueden suponerse debilidades en el planteamiento de su hipótesis o en el temperamento o decisión sobre los resultados lógicamente esperados.

Para hacer más compleja la situación de nuestra cultura médica, la existencia de técnicas universalmente aceptadas para analizar el producto de la investigación clínica ha llevado, por razones comprensibles (la razón material: necesidad de examinar versus tiempo y recursos disponibles para ello), a la concentración del esfuerzo de recopilar y sintetizar información, luego de un escrutinio jerárquico en función de los referentes de validez, a cargo de grupos institucionales, de los cuales el más socorrido es la “Cochrane Collaboration” y su Biblioteca. Para quien hace clínica y observa el desarrollo del conocimiento en su área, el panorama pareciera no haber cambiado mucho: quien fue lector de resúmenes hechos por otros (a los que “hay que creerles” por las razones de supeditación anotadas más arriba,) está en riesgo de caer -o ya cayó- en una situación semejante: ser lector de “Clinical Reviews” de, por ejemplo, la “Cochrane Library”, ahora con la insoportable connotación de “última palabra” que se les da a estas publicaciones, porque “están basadas en evidencias”.

La experiencia en países donde la MBE debiera considerarse ya parte de la práctica clínica, –Gran Bretaña (10) indica que los conceptos de la MBE (tal vez por carencias de formación en EC o, simplemente, falta de tiempo) no les son familiares a los Médicos Generales (“GP”) lo cual permite suponer que la práctica no está guiada –en la situación del médico y su paciente específico- por la MBE. Y es comprensible, pero hoy día no es concebible desconocer este cuerpo de conocimiento, a riesgo de incurrir en serias infracciones éticas (11), hecho que por lo demás está siendo reconocido por las más importantes instituciones internacionales y nacionales relacionadas con Salud.

¿Cuál sería el punto de equilibrio en esta situación? Por un lado, debería existir un grupo realmente capacitado, autónomo, local, ojalá con la intervención de Facultades de Medicina, que se centrara en una función –más que análoga-

<sup>4</sup> O no tener relevancia alguna, lo que hoy es inadmisibles dada la constelación de derivados de aspectos económicos que afectan al paciente y a la sociedad.

complementaria de las instituciones como la "Cochrane Collaboration". Por otro lado, los clínicos deberían sentir la necesidad de adquirir –ya desde la Escuela de Medicina- destrezas que le permitieran comprender este panorama y escapar – con solvencia profesional- a la dictadura impuesta por los "expertos en Medicina Basada en Evidencias", sean éstos extranjeros o locales, privados o públicos.

Las razones para afirmar lo anterior –y se comprenden con mayor luminosidad en el marco de la EC- son las siguientes: a) no hay Medicina Basada en Evidencias si el proceso no arranca de los mejores e indispensables instrumentos que conocemos como evidencias : la anamnesis y el examen físico, de cuya exactitud y precisión depende la calidad de la hipótesis clínica que precede al uso de los recursos convencionales que aborda la MBE (1) (los cuales determinan, en la práctica, que cada paciente constituya una compleja y particular situación), logrados de la mejor relación médico-paciente. b) El paciente individual, el que el clínico tiene en frente- muy probablemente- no representa la población comúnmente utilizada en investigación clínica; en el mejor de los casos, los resultados de ésta deben ser "corregidos" por el clínico según características propias del paciente en cuestión (1,3,5), para lo cual debe conocer las técnicas que proporciona la EC.

Hay otras razones para proponer la necesidad de estas destrezas por parte del clínico y los comités de Bioética, además de lo relacionado con la investigación clínica: la disponibilidad de "Reviews", "Agreements", "Guidelines", etc. (y no de literatura primaria), pone este material al alcance de personajes (instituciones o personas) no médicos o no clínicos que, usando estas "normas" (llamadas "guías"), hacen cierto el riesgo de convertir al médico en un ejecutor de actos administrativos lo que, ciertamente, no amerita siete años de universidad y tres o más para poder ejercer progresando al compás de su vocación profesional y las opciones cambiantes y exigentes de los pacientes.

Puede alegarse que las "guías" institucionales protegerían al médico en casos de conflictos llevados a la justicia. Este argumento, de mucho peso en los hechos, es pobre desde el punto de vista de lo que es la realidad médico-paciente. Pero debiera avizorarse que, en una sociedad más evolucionada, la solución de este tipo de discrepancias (excluyendo las acciones u

omisiones obviamente no derivadas de la incertidumbre de que hablamos antes, sino de errores inexcusables) debería resolverse utilizando la lógica y las herramientas de la EC y la MBE, más que "guías" cuya expectativa de vida es -salvo excepciones- por razones obvias, muy corta.

Finalmente, hemos oído criticar a la MBE por ser poco "antropológica" e, inclusive, poco "humanista". Esas críticas, bien merecidas por cualquier instrumento de los que usa el médico, son más aplicables al médico mismo, siga o no los dictados de la MBE, ya que esta última no es sino un método al servicio de los pacientes en manos – por decirlo de alguna manera- del médico. Más aún, el método de la MBE, aplicado correctamente al trabajo clínico, permite traer a la realidad lo que de otro modo puede no ser sino una suerte de retórica arribista: la mención de lo antropológico y humanista. Las probabilidades "pre-prueba" –en el proceso diagnóstico-, "pre-terapia" o "basales" en la fase de elegir el tratamiento, sus dosis y duración, la incorporación –a la construcción de la decisión- de opciones a cargo del paciente, etc. (todo esto contenido principalmente en la anamnesis y luego en el examen físico, como se dijo en un párrafo más arriba), deben incorporar, justamente, el perfil de cada paciente a todos los juicios clínicos previos a las decisiones clínicas, porque son aspectos que pueden influir críticamente en el éxito o fracaso del esfuerzo médico en función del interés de ese paciente, si lo que se intenta es la práctica en el marco de la MBE.

No todo ha de ser MBE ni ésta puede concebirse fuera del marco multidimensional de la interacción entre el médico y su paciente: por lo menos la "medicina basada en la evidencia" como se está concibiendo, sin haber profundizado en sus bases, sus métodos, sus recursos y –por tanto- su trascendencia. Es más, si alguna vez llegamos al hipotético extremo de lograr sus improbables metas –actualización dinámica, total y permanente- sabremos que ella durará muy poco por definición. El problema es, al parecer, inverso: existiendo el cuerpo de recursos (información, formación) para extraer lo menos dañino al tomar decisiones que afectan a los pacientes, ¿habremos de ignorarlo?

### Referencias

1. Sackett D., Haynes R., Tugwell P. "Clinical Epidemiology". Little, Brown & Co. Boston, 1985. p 119.
2. Bunge M. "Causality and modern science" 3a Ed. Rev. Dover, NY, 1979.

3. Buck C., Llopis A., Nájera E., Terris M. "El desafío de la epidemiología" OPS (Publ. Cient. #505) Washington, USA 1988.
4. Fletcher R., Fletcher S., Wagner E. "Clinical Epidemiology". Williams & Wilkins, USA, 1996.
5. Kleinbaum D., Kupper L., Morgenstern H. "Epidemiologic Research" Van Nostrand Reinhold Co. NY 1982.
6. Herrera P., Duffau G. "Errores metodológicos en revistas de corriente principal". Rev. Med. Chile Abril. 2001; 129 (4): 464-465. [Citado 20 Julio 2006] Disponible en Internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000400018&Ing=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000400018&Ing=es&nrm=iso&tIng=es)
7. Herrera P., Prado V. "Shigatoxin-producing Escherichia coli infections, antibiotics and hemolytic uremic syndrome in children. Seeking for evidence". 3er Congreso Mundial de Infectología Pediátrica. Santiago, Chile 19-23 de Noviembre, 2002. Book of Abstracts p. 85.
8. Sackett D., Straus S., Richardson W., Rosemberg W., Haynes R. "Evidence Based Medicine" Churchill Livingstone 2<sup>nd</sup> Ed. Edinburgh 2000.
9. Bayes T. (1763) en 1958 "Studies in the history of probability and statistics: IX Thomas Bayes' essay towards solving a problem in the doctrine of chance" Biom. 45: 296-315.
10. McColl A., Smith H., White P., Field J. "General practitioners' perception of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey". BMJ. 1998; 316: 361-3.
11. Herrera P. Rev. Chil. Infectol. 1997; 14: 59-61, sobre Lurie P., Wolfe S. M. "Unethical trials or interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries". NEJM 1997; 337:853-55. [Citado 20 Julio 2006] Disponible en Internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182000000400012&Ing=en&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182000000400012&Ing=en&nrm=iso&tIng=es)