

DOCUMENTOS

Medicina basada en la evidencia: reflexiones relacionadas About evidence based medicine

Dr. LAUTARO OSORIO F¹

¹Revista Vida Médica

Nota: Reproducido con permiso de la Revista Vida Médica.

En las reuniones médicas de análisis de trabajos de investigación, está de moda hacer referencias y llegar a conclusiones que desembocan en la llamada "medicina de las evidencias". Ello me parece categórico y perturbador, aparte de pretencioso, y quiero hacer ocho reflexiones al respecto.

1. Esto de la medicina de las evidencias se ha transformado en un argumento muy recurrido en la actualidad. Pero en el concepto percibo un "algo" que me produce rechazo. Tal vez sea lo categórico del argumento como conclusión final en la evaluación de los resultados, desconociendo dos hechos: lo subjetivo de nuestras apreciaciones y lo falible de nuestros sistemas de análisis.

Si las evidencias son certezas claras, manifiestamente indudables, de partida ya encontramos en el término una primera dificultad: en medicina, como todos sabemos nunca es nunca ni siempre es siempre, pues su sustrato de trabajo es proteiforme y si bien es cierto predominan en él los fenómenos y las respuestas más frecuentes, de repente, sin aviso, aparecen los hechos menos frecuentes, de cualesquiera de los dos extremos de la curva de distribución y nos desconcertamos, siendo que ellos son sólo hechos menos probables, pero no extraños. Ello no debe interpretarse como presencia de anormalidades, sino simplemente como la presentación de frecuencias menos frecuentes, lo cual tampoco debe confundirse con azar ni con aleatoriedad.

Pero, ¡atención! los seres humanos somos homorreferentes –tal vez, por no haber encontrado aún oponentes– y lo que a nosotros nos parece evidente, lo interpretamos, sin discusión como una

realidad incuestionable. Esta actitud ha traído en el curso de la historia equivocaciones notables: antiguamente se pensaba que el mundo era plano, porque así nos parece verlo; a Galileo casi le costó la vida oponerse a la aparente evidencia –y necesidad teológica– de que el sol giraba alrededor de la Tierra; a Pasteur le costó, combatir la "generación espontánea", dado que las bacterias no se ven a simple vista; a Riemann, Einstein y Gödel los tildaron de curiosos, por decir lo menos, al oponerse a lo evidente del 5º Postulado de Euclides, a la absolutez del tiempo y demostrar la inexactitud de la "evidente" exactitud de las matemáticas, respectivamente; en la actualidad todos los días sucumbimos ante la aparente evidencia de creer que el Universo está lleno de colores, lo cual no es una realidad, sino sólo nuestra decodificación mental de las radiaciones, al extremo de que sus ausencia nos impide encontrar la "evidencia telescópica" de la materia oscura, a pesar de ser el 80% de la materia cósmica; hay muchos ejemplos más para desevidenciar a muchas evidencias aparentes y habitualmente no cuestionadas.

2. Si una evidencia, para ser tal, es una certeza de la que no se puede dudar, ello entra a ser un inconveniente serio en la lógica médica real, pues si algo es necesario en la práctica de este arte, es la duda razonable, como la que se practica, caso a caso, en el diagnóstico diferencial o la que subyace en una junta médica o en una reunión clínica ante casos controversiales, especialmente en las reuniones anatomoclínicas donde desde la época de Morgagni, se discute "a ciegas" el caso en revisión, antes de conocer el informe del patólogo. ¿Y cuantas veces la patología tampoco entrega certeza? Ello será así "*ad vitam aeternam*", pues la medicina no puede conocer toda la patología anatómica ni

funcional que podemos ir encontrando. ¿Y en la práctica diaria, cuantas veces llegamos a los límites de los conocimientos actuales?

3. Otra acepción que nos puede llevar a plantear la “medicina de las evidencias” sería extraída de concepto del Derecho que designa evidencia a una prueba terminante en el proceso. Y ¿cuál sería esa prueba determinante en medicina? La “certidumbre estadística”. Muchas veces he visto extraer certidumbre de la simple resta del azar estadístico, como sustraendo, a los resultados de una investigación. Entonces, la certidumbre es una verdadera recíproca del azar, es decir, su proporción condicional en el orden contrario. Pero el problema no está en establecer una recíproca, sino en la determinación y precisión del orden contrario, ya que el azar estadístico –descontando el método estadístico no establece ni sus causas ni sus efectos– se obtiene a través del cálculo de probabilidad en un proceso analítico lleno de convenciones más o menos arbitrarias, como ya veremos, en el manejo aritmético –y a veces manipulación de cifras– de algunas variables aparente y arbitrariamente aisladas, desconociéndose en forma absoluta las interdependencias e interacciones recíprocas entre las diversas variables, quedando además muchas excluidas del análisis. Es decir, la probabilidad estadística del azar no es más que eso, una probabilidad y no una realidad.

Pero la tipificación del azar, en cuanto a su cuantificación “probabilatoria” no se obtiene con argumentos lógicos directos e irrefutables, sino se establece a través de convenciones convenidas, es decir argumentos previamente consensuados, no derivados en forma operacional exclusiva, como lo ilustraremos con algunos ejemplos.

Sólo por *convención* se acepta que una “p” menor de 0,05 *apoya, pero no demuestra* que una asociación es real y no debida al azar, según la hipótesis de nulidad se *considera* que una diferencia no es significativa cuando la *probabilidad* de que dicha diferencia sea debida al azar superior a 0,05, es decir: la condición supuesta no puede ser la causa de lo observado; la hipótesis alternativa plantea *cierta confianza* de que la diferencia obtenida entre grupos *no es debida al azar*, cuando la probabilidad de que ocurra a causa de él sea igual o menor de 0,01, siendo entonces razonable plantear como la causa del efecto observado al factor en estudio. Pero, si bien es cierto, incluyendo las convenciones, podemos calcular probabilidades, ellas nunca dejan de ser sólo probabilidades, por lo que nunca podemos alejar del todo la aparición de la improbabilidad, situación que en medicina vemos con mucha frecuencia.

Entonces, no podemos transformar en certeza o evidencia la resta de una probabilidad a un resultado numérico, porque lo que se obtiene es otra probabilidad.

4. Sucede con frecuencia que –respetando con toda honestidad las convenciones, sin haber ánimo de manipular las muestras ni de influir en los resultados– “se obtienen resultados diferentes, y no necesariamente porque estén cometiendo errores de medición o de aritmética, sino por que cada tipo de investigación tiene su forma peculiar de exhibir una desviación sistemática y una incertidumbre connatural. Hay métodos de análisis que conducen siempre a resultados inflados, mientras algunos otros siempre quedan cortos. Desafortunadamente, no siempre somos capaces de distinguir cuál es cual”. (J.D. Barrow, J. Silk).

5. Pero la crítica más profunda a los resultados concluyentes rotulados como evidencias, no es numérica, sino conceptual. Los trabajos de investigación médica, en su metodología, casi siempre laboran con una hipótesis y por eso se desarrolla el proceso investigativo como “problema planteado”. Ahí está el asunto: todo problema, grande o chico, en su resolución es primariamente una cuestión semántica y secundariamente sintáctica: esto es categórico y es precisamente el punto donde surgen las confusiones de tipo interpretativo o más exactamente de tipo cultural. Me parece un asunto cultural porque está más allá de lo metodológico e incluso de lo filosófico.

Divago y recuerdo a los descendientes de los Tayrona, de la Sierra Nevada de Santa Marta, en Colombia, que se han mantenido sabiamente aislados y que en “Se” el núcleo de su espiritualidad, plantean lo siguiente: “lo que importa, aquello que tiene valor, no es lo que vemos, sino lo que existe en las diferentes esferas de significados y conexiones, que *subyacen* en las realidades tangibles del mundo y que vinculan todas las cosas”. Me queda dando vueltas: “lo que existe en las diferentes esferas de los significados (semántica) y conexiones (sintaxis) que subyacen”... Nunca había encontrado una más bella jerarquización del rol primario de la semántica y del rol secundario de la sintaxis: ahí toda la base de la jerarquización en la búsqueda, el diálogo, los conocimientos.

6. En un sentido nosológico, –punto de vista que también debemos tener en cuenta– si bien es cierto que la cuantificación de los asuntos médicos es ordenadora, debemos tener en cuenta que por sí sola no basta ya que la cualificación es más esclarecedora y mejor para acercarnos a las “verdades” o “certezas” médicas, en relación al significado patológico –o antipatológico– de los hechos.

Es un poco más definitiva la cualificación, especialmente tipificando y estableciendo la significación del cambio que determina la variación cualitativa, no la variación del cambio cuantitativo, pues el primero ayuda más a establecer el estado de salud o enfermedad, más allá de las variaciones numéricas de los parámetros, error consagrado en el 7º informe de hipertensión arterial estadounidense.

Es necesario buscar significados y no cuantificados, especialmente significado patológico –o antipatológico– en vez de cambio numérico. Los estudios médicos deben buscar significación, pues definitivamente son asuntos preferentemente semánticos, más allá de los numéricos obtenidos con tal o cual sintaxis, especialmente considerando que el diagnóstico, desideratum médico basal, es una sentencia tentativa, una hipótesis de trabajo, cuya interpretación primaria corresponde a la síntesis de la significación de los hallazgos.

7. La mayoría de las investigaciones médicas se refieren o giran alrededor de la normalidad y la anormalidad. Pero ha de tener en cuenta que para trabajar con una justa concepción de la normalidad humana, que permita inferir de ella una adecuada noción de salud, es necesario considerarla más allá de su estructura matemático-estadístico y no olvidar que está revestida de componentes antropológicos, sociológicos y psicológicos inalienables. La normalidad del hombre sólo podemos encontrarla en una conformación holística, la que debe estar presente en su configuración interpretativa.

8. La salud no debe entenderse como algo esencialmente cuantificable, porque la salud es un estado individual, personalísimo, variable, –en re-

lación a uno mismo y con respecto a los demás– evolutivo primero e involutivo después, con límites difusos, siendo un estado tan difícil de definir como la vida misma. Pero, al respecto, lo que está claro es que no podemos homologar salud a “calidad”, concepto cuantificable apto para evaluar calcetines u otro producto industrial, más no apto para evaluar a la salud, porque parte esencial de la salud del hombre está en algo no cuantificable: su dignidad, concepto evaluable cualitativamente en cuanto a lo que es en sí, a su conservación, cuidado y promoción. Es por esto último que resultan tan absurdamente mezquinas la definiciones o el enfoque cuantitativo de salud y/o enfermedad.

En fin, la mayoría de las veces la objetividad relativa de cualquier sistema numérico que elijamos, queda corto para establecer los verdaderos significados intelectuales y/o afectivos relativos al ser humano. No olvidemos que los sistemas numéricos, por útiles y deslumbrantes que sean, sólo nos entregan resultados, *no verdaderos*, si es que existen, por lo demás, las verdades, como reflejo puro y objetivo de la realidad. Nada nos autoriza a transformar un resultado numérico en una evidencia médica y hacerla categórica, sobre todo a nivel nosológico, ello conlleva una posición falaz que arriesga transformar probabilidades en errores conceptuales. Cuidado. El positivismo puede rebajar el arte de la medicina humana si renunciamos a conocer al ser en sí mismo y más aún si nos apresuramos a reconocer como verdades los resultados sacados de observaciones y experiencias, incluso adecuadas y legítimas, pero desvirtuados o sobrevalorados en su interpretación.