

¿MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE) O MEDICINA BASADA EN PRUEBAS (MBP)?

En el París de 1834, en el seno de un movimiento conocido posteriormente como *Médecine d'Observation*¹, Louis realizó, entre otros, un estudio comparando varios casos de neumonía, erisipela y faringitis tratados mediante sangría frente a casos no tratados con este método. No halló diferencia en los resultados terapéuticos.

Tras más de un siglo de acumulación acrítica –que no siempre crecimiento– de conocimientos, Archie Cochrane, un inspirado epidemiólogo inglés, retomó estas ideas en su libro *Efectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services (London: Nuffield Provincial Hospitals Trusts)*, publicado en 1972. A lo largo de sus páginas constata la existencia de variaciones inaceptables en la práctica médica, donde sólo una minoría de las intervenciones habituales están apoyadas en estudios fiables. Los recursos sanitarios, siempre limitados, deben aplicarse de forma equitativa de acuerdo con los resultados que la metodología científica ha conseguido demostrar. En especial, Cochrane subrayaba la importancia de extraer *evidencia* a partir de ensayos controlados aleatorizados (randomized controlled trials: RCTs), de mayor potencia, validez científica y, por tanto, perdurabilidad. De hecho, una de sus mayores aportaciones a la historia del pensamiento biomédico contemporáneo ha sido denunciar a la comunidad científica la ausencia de estudios fiables –revisiones sistemáticas y meta-análisis en especial. En 1979 escribió: «*It is surely a great criticism of our profession that we have not organized a clinical summary, by specialty or subspe-*

cialty, adapted periodically of all relevant randomized clinical trials»².

De forma casi simultánea, en la década de los 70, un grupo de clínicos e investigadores de la Universidad de McMaster (Ontario, Canadá) inició el desarrollo de métodos de selección crítica que puedan servir de ayuda a los clínicos a la hora de distinguir información científicamente válida, clínicamente relevante y estadísticamente precisa³ entre el ingente volumen de literatura biomédica *acumulada* en los dos últimos años. En 1992 este grupo, con David L. Sackett a la cabeza, crea el movimiento denominado *Evidence-Based Medicine (EBM)*⁴.

La EBM, nuevo paradigma para la práctica de la medicina, fue desde entonces adaptada al castellano como Medicina Basada en la Evidencia. Esta traducción viene a ilustrar el muy citado apólogo italiano (*traductor, traidor*) pues, aún siendo literal, se muestra como un *falso amigo* al interpretar el sentido original del inglés. Consultado el *Collins Spanish College Dictionary (5.ª ed, 1993)*, la entrada *evidence* es considerada como sinónimo de *proof* y traducida como prueba. No obstante, en castellano, *la evidencia* es definida como «certeza clara, manifiesta y tan perceptible que nadie puede, racionalmente, dudar de ella» (DRAE, 21.ª ed, 1992), mientras *prueba*, en su segunda acepción, aparece como «razón, argumento, instrumento u otro medio con lo que se pretende demostrar y hacer patente la verdad o falsedad de algo».

Así, gracias al flaco de favor de una traducción literal, el término inglés que persigue el camino de la

demostración científica, en castellano resulta inde-mostrable por obvio.

De vuelta a París, mediante un sencillo método epidemiológico (criticable, quizá desde la visión actual), Louis *probó* la inutilidad de la sangría aplicada a las patologías estudiadas. Es muy posible que tal método terapéutico pudiera ser tomado como *evidente* por los clínicos que practicaban en los casos en los que a su aplicación era seguida de curación (principio de casualidad). El paciente padece erisipela, se le practica una sangría; el paciente cura, la sangría es la causa de la curación... Las pruebas aportadas por Louis no decían lo mismo.

De la mano de la revolución científico-industrial, los avances de fin del siglo XIX someten a una prueba a todas y cada una de las doctrinas inamovibles de la razón. Irónicamente, los mayores «pensadores» del siglo sufren en vida un deterioro irreversible de su elemento vital: el cerebro. Mientras Nietzsche sucumbe a la neurosífilis, la demencia senil de Emmanuel Kant llenaba de estupefacción a los habitantes de Königsberg, su ciudad natal.

En la primera mitad del siglo XX salta en añicos el principio de causalidad, cuestionado desde el campo de la física (Einstein –teoría de la relatividad– y Eisenberg –principio de indeterminación–), la epistemología más tarde (Kuhn –la estructura de las revoluciones científicas– y Popper –la necesaria *falseabilidad* de las proposiciones que se pretenden científicas), la matemática (Gödel), etc... La verdad absoluta, obtenida de una sucesión infinita de causas y efectos es sustituida por el concepto de verdad probabilístico, que define mejor la realidad de las cosas. El principio de indeterminación o incertidumbre ilustra muy bien este cambio de paradigma la postular, a nivel subatómico la imposibilidad de conocer al tiempo la velocidad y posición de una partícula. La digresión debe ser perdonada por el lector, pues nos ayuda a entender que hoy en día la práctica clínica y, ¿qué decir de las creencias populares sobre la medicina? sigue utilizando el viejo modelo de la causalidad, contaminado por elementos cuasi-mágicos que ven relaciones causales entre lo que ocurre de forma simultánea o consecutiva.

En la medicina de hoy, la curación de enfermedades autolimitadas como las viriasis de vías respiratorias altas se produce muchas veces de forma simultánea con la prescripción innecesaria de antibióticos, lo que conduce a un silogismo similar al de la erisipela y la sangría. Y no sólo a nivel de la práctica clínica: una gestión de salud que planifica y dirige sin líneas estratégicas definidas, sin sistemas de captación de datos,

sin mecanismos de gestión táctica y sin establecer métodos de evaluación, genera inevitablemente, líneas de actuación y decisiones político-administrativas de corto alcance, a menudo en relación con el recorte del gasto. Estas decisiones, pareciendo buenas hoy, podrían tener a la larga perniciosas consecuencias sobre el conjunto del sistema, convirtiendo el ahorro a corto plazo en despilfarro a largo^{5,6}.

Sackett et al (en la actualidad en la Universidad de Oxford) proponen a clínicos y no clínicos la necesidad de dotarse de los instrumentos metodológicos que permitan discriminar entre la avalancha de estudios que produce la investigación biomédica (básica, clínica, de gestión, etc.) aquéllos que realmente *prueban* la validez de sus resultados⁷, aún a pesar de la limitación impuesta por el escaso tiempo disponible.

En diversas ocasiones hemos subrayado las dificultades a las que debe sobreponerse la investigación biomédica en España, en especial las que aquejan a la investigación en Medicina de Urgencias⁸. Frente al desánimo, en el otro lado de la balanza deben situarse el impulso juvenil con el que cuenta siempre lo nuevo, y nuevo es el campo de desarrollo que marca nuestro cuerpo doctrinal.

Desde *Emergencias* pretendemos abrir un debate que alcance no sólo a Comité Editorial y Consultores (*1.ª Reunión Nacional de Consultores de Emergencias, Sitges 18-21 junio 1997*), sino que involucre también a autores y lectores en torno a la novedosa MBP. Según García Alonso «[...] este nuevo paradigma confiere un valor mucho menor a la autoridad. Detrás de ello está la creencia de que los médicos» (resto de sanitarios y técnicos, añadimos nosotros) «pueden adquirir las habilidades para realizar evaluaciones de las evidencias (léase pruebas) y, por consiguiente evaluar por si mismos las opiniones ofrecidas por expertos»¹.

Para comenzar, se remite al lector a un reciente trabajo en el que los responsables de este movimiento intentan hacer frente a alguna de las objeciones que han suscitado sus propuestas⁹.

A pesar el escaso desarrollo de la Investigación en Medicina de Urgencias en España, lejos de parecernos un reto ambicioso, se trata de establecer las bases para cumplir una necesidad básica: la necesidad de seguir aprendiendo de la realidad.

M. Velasco Vaquero*, **A. Serrano Moraza**
Comité Editorial de Emergencias.

*Redactor Jefe

Bibliografía

1. García F. Un cambio de paradigma en la práctica médica. *Diario Médico*. 9/5/97: 9.
2. The Cochrane Collaboration. Who was Archie Cochrane? <http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/archie.htm>. Sept 23, 1996.
3. Porta M. Métodos de investigación clínica: errores, falacias y desafíos. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 107-115.
4. Evidence-Based Medicine Informatics Project. Evidence-based medicine. Bridging evidence to practice. <http://hiru.mcmaster.ca/ebm/home.htm>. May 21, 1997.
5. Pollock AM, Dunnigan M, Gaffney D, Macfarlane A, Azzem F. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative. *Br Med J* 1997; 314 (7089): 1266-1271.
6. Boyle S. The private finance initiative [editorial]. *Br Med J* 1997; 314 (7089): 1214-1215.
7. NHS Research and Development Centre for Evidence-Based Medicine. Centre for Evidence-Based Medicine. <http://cebm.ir2.oxac.uk/>. Access Jul 14, 1997.
8. Serrano A, Velasco M. Emergencias 1997. Consolidación y desarrollo. *Emergencias* 1997; 9 (1): 44-49.
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't [editorial]. *Br Med J* 1996; 312 (7023): 71-72.