

En la cirugía de puente yeyuno-ileal y su seguimiento se comprueba daño hepático.

Lo importante es continuar con estudios de cohorte, en pacientes con esteatosis en obesos y que tenga más factores de riesgo que proporcionen la progresión de la enfermedad hepática en su historia natural desde esteatohepatitis hasta cirrosis y su complicación más grave como lo es el carcinoma hepatocelular.

Los mecanismos patogénicos de esta condición serán ampliados en la presentación correspondiente, pero podemos decir que el desencadenante más importante es la resistencia a la insulina, que es mayor en pacientes obesos y aquellos con síndrome metabólico, condición esta última que puede asociarse a EHNA.

La insulina es un regulador biológico del adipocito y

esta célula responde a su acción con la liberación de ácidos grasos, secreción de sustancias hormonales y de citoquinas proinflamatorias. Todas ellas son cofactores en la producción de la hepatopatía, agregándose el papel inmunológico de la grasa visceral.

La EHGNA puede formar parte del síndrome metabólico, pero se desconoce su prevalencia.

Desde el punto de vista de tratamiento, el abordaje tiene su base en la producción multifactorial, tanto de la obesidad como de la EHNA y son de carácter controversial; no obstante la reducción de peso es recomendada como medida prioritaria ya que normaliza las aminotransferasas, reduce la grasa hepática. La reducción de peso debe hacerse en forma lenta, modesta y gradual ya que el déficit calórico importante puede promover mayor esteatosis.

---

## ¿Qué nos ha dejado la medicina basada en evidencia?

### Una visión personal

## What has the evidence based medicine left us?

### A personal view

DIEGO ANDRÉS ROSSELLI • BOGOTÁ, D.C.

Hace un cuarto de siglo, la medicina basada en evidencia (MBE) hizo su entrada triunfal en el mundo médico. A partir de su cuna en Canadá, fue rápida su adopción tanto por el mundo académico como por los gobiernos de varios países como Inglaterra y el propio Canadá.

El origen y la rápida acogida de la MBE como una herramienta para la toma de decisiones clínicas se pueden explicar como parte del fenómeno de la globalización. Con esta perspectiva, la MBE equivale, en el mundo médico, a la búsqueda de la transparencia en las decisiones, de la misma manera como la sociedad les exige una rendición de cuentas a los políticos y a los legisladores.

Para mal o para bien, la MBE hace parte del mismo fenómeno que la *macdonaldización* de los restaurantes o la uniformidad cada vez mayor de los grandes centros comerciales del mundo. Son casi idénticos los almacenes que se encuentran en el Sambil de Caracas o en un *mall* de Vancouver; en Bangkok o en Helsinki. Igual, de cierta manera, la MBE presume que se deben ir acercando los

métodos diagnósticos y los tratamientos que, para una misma condición médica, debe recibir un paciente en cualquiera de estos lugares del globo.

La MBE, y su principal consecuencia práctica, las guías y protocolos de manejo, fueron bien recibidas, por lo menos en teoría, por los sistemas legales del mundo, en especial en aquellos lugares en donde abundan los litigios entre médicos y abogados. Lo mismo ocurrió con los auditores y controladores del sistema de salud en aquellos lugares –cada vez más comunes– en donde se impone alguna forma de medicina gerenciada. La MBE se convirtió en una herramienta más de control médico.

La libertad que en otra época tenía el médico para escoger exámenes diagnósticos y tratamientos farmacéuticos se ha ido limitando cada vez más. En un símil que se ha usado muchas veces ¿por qué los médicos no siguen los mismos

---

Dr. Diego Andrés Rosselli Cock: Médico Neurólogo, Bogotá, D.C.  
Correspondencia: e-mail: diego.rosselli@gmail.com  
Recibido: 18/VII/07 Aprobado: 25/VII/07

procesos sistematizados y rígidos que siguen los pilotos aéreos y que han llevado a que volar sea una de las actividades humanas más seguras?

La estandarización –que sin duda también hace parte de la globalización– y su asociación con la calidad y la seguridad de los procesos han servido como un incentivo más para la MBE. El auge de la acreditación, la necesidad de certificar la calidad y la proliferación de auditores son fenómenos globales, no exclusivos de la salud (ni exclusivos de Colombia, como muchos colegas creen).

La MBE está celebrando, pues, sus bodas de plata. Colombia, particularmente a través de la Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Javeriana, fue un adoptador temprano de sus enseñanzas. En este breve ensayo pretendo señalar, desde la perspectiva personal que me dan diez años de docencia de la MBE en varias universidades colombianas, los aciertos, los inconvenientes, y las posibles directrices futuras de esta manera de ejercer la medicina.

### Los aciertos de la MBE

El primero de los pasos de quien aplica la MBE es hacer preguntas; es cuestionar y, sobre todo, es cuestionarse. Desde esa perspectiva la MBE nos invita a reconocer y a buscar activamente los límites de nuestra propia ignorancia y, en muchos casos, los límites mismos del conocimiento médico. Los médicos formados en el mundo de la MBE están más dispuestos a reconocer que la facultad de medicina no tiene como función sacar productos terminados; para los médicos de las nuevas generaciones la educación continuada es una condición inevitable del ejercicio médico.

Los conocimientos no sólo son relativos sino que son perecederos. De hecho, no hay verdades absolutas. Lo que es verdad hoy quizás deje de serlo en unos días. Ningún examen de laboratorio, ningún medicamento, ningún procedimiento es bueno o es malo; la efectividad (y, como veremos luego, el costo) son términos relativos que dependen del patrón de comparación; la efectividad cambia de acuerdo con cual haya sido el grupo control. Alrededor de todo estimado hay siempre un margen de incertidumbre, que normalmente se refleja en los intervalos de confianza, en la varianza, en el error y la desviación estándar.

Esta incertidumbre, esta relatividad temporal de la verdad, esta duda metódica sobre la sabiduría de los maestros o sobre la validez, ya no imperecedera, de los conocimientos impresos en los textos es un “acierto” de la MBE para aquellos que comulgamos con los paradigmas cambiantes de la ciencia. Puede ser, claro, una fuente de ansiedad para los que buscan verdades dogmáticas.

Otro acierto de la MBE, cimentado en la bonanza informática, es la educación de los profesionales en el uso de bases de datos y los sistemas de información. De nada serviría generar en nuestros alumnos y colegas la duda, si no existieran herramientas de búsqueda que les permitieran encontrar respuestas. Y de un déficit permanente de

información médica pasamos en pocos años a una verdadera inundación de publicaciones y de información en internet.

La investigación clínica, y por ende el componente científico del quehacer médico, ha recibido un importante impulso a partir de la MBE. Los estudiantes y los profesionales que cuestionan, que aprenden a buscar la información y que entienden los vericuetos metodológicos que, finalmente, determinan la validez de un estudio, serán sujetos más proclives a la investigación. Ya no es esa investigación romántica de antaño, basada en el esfuerzo solitario de un científico con fobias sociales, sino esa que resulta de un trabajo interdisciplinario, de un reconocimiento pleno de las limitaciones de todo diseño de investigación. Esa que parte de un grupo de investigadores que pueda enfrentar sistemáticamente los múltiples vacíos que siempre seguirá teniendo el conocimiento.

Aunque siguen existiendo campos de la investigación abiertos tan sólo a grupos con recursos millonarios, han aumentado las oportunidades para los grupos menores, ya sea solos o en las alianzas que requieren los estudios multicéntricos. Aunque han sido muchos los progresos en muy diversos campos de la investigación en salud, es indudable que la investigación clínica, sustento básico de la MBE, ha sido una de las más favorecidas.

Durante siglos, el conocimiento científico estuvo concentrado en unos pocos lugares del mundo. Hoy, por lo menos, una de las grandes brechas del saber se ha acortado, la del acceso a la información científica. Un médico en Bolivia o en Burundi puede, a través de la red, tener acceso a información de la misma calidad que el colega bostoniano o londinense.

La MBE ha aportado herramientas cuantitativas para permitirle al médico defender opciones terapéuticas que los administradores del sistema rechazan. De hecho, se ha convertido no sólo en un lenguaje común para expresarse a través de las muchas especialidades médicas con los mismos RR, OR o NNT, sino que ha hecho asequible mucha de la jerga médica a la población general.

### Los inconvenientes de la MBE

Las ciencias biológicas, y muy particularmente las ciencias humanas, son ciencias de la diversidad. Cada individuo –y por ende cada enfermedad– son únicos. La MBE parte de estudios clínicos, con muestras “representativas” cuyos resultados se promedian y se procesan estadísticamente para luego ser generalizados al “universo”, a la población a la cual se asume que aplican dichos resultados. Es válido decir que un tratamiento determinado que tenga un alto “grado de recomendación” tiene a su vez una alta probabilidad de ser efectivo en una población de pacientes con la condición del estudio. Mientras más se parezca ese paciente a los sujetos de la muestra, más alta será esa probabilidad. Bien se podría pensar en enfermedades más y enfermedades menos homogéneas. En estas últimas, la diversidad de respuestas va

a ser mucho mayor, y sus resultados menos generalizables. Las enfermedades con más dependencia cultural serán, por definición, más heterogéneas.

Otro inconveniente de la MBE es la concentración del conocimiento en unos pocos temas. Dado el carácter intrínsecamente cuantitativo de la MBE, las enfermedades con mejores niveles de evidencia son aquéllas no sólo más comunes (aquellas que alcanzan con más facilidad los “tamaños de muestra” necesarios) sino aquéllas con desenlaces más fácilmente cuantificables. La tensión arterial o los niveles de glicemia o de colesterol no sólo son cuantificables y asequibles a los métodos estadísticos, sino que sus consecuencias (infartos, trombosis, hospitalizaciones, muerte) son fáciles de medir y de comparar.

No ocurre lo mismo con las enfermedades infrecuentes, con las enfermedades de los pobres (para las cuales hay menos incentivos) o con las enfermedades cuya consecuencia directa sea la infelicidad, un desenlace cuya medición aún no hemos conseguido.

El mundo contemporáneo ha buscado resaltar las diferencias. La etnicidad, la música autóctona, las religiones, la riqueza y la diversidad culturales, los idiomas, dialectos y acentos que nos identifican han recibido todos un impulso inusitado en el mundo contemporáneo. La búsqueda de un lenguaje común no tuvo mucho arraigo en el mundo del nuevo milenio: no es sino ver el triste destino del esperanto, hoy una lengua olvidada. La MBE, sin embargo, ha ido en contravía con estos preceptos. Hace 30 años, una tercera parte de los artículos indexados en el *Índex Medicus* eran en idiomas diferentes al inglés; hoy el porcentaje de artículos en otras lenguas es inferior al 10%. Ese hecho no sólo demuestra el poder científico, económico y cultural estadounidense, sino que constituye una importante barrera para el acceso a la información por parte de los profesionales de la salud no angloparlantes. En Colombia, el desconocimiento del inglés es quizá la principal barrera de la MBE.

Si uno hace un recorrido por la base de datos de Medline o analiza la biblioteca Cochrane detecta varios patrones recurrentes en la distribución de la información. Las enfermedades de los ricos ocupan mucho más volumen que las de los pobres, las intervenciones farmacéuticas han sido mucho más estudiadas que las de la medicina casera, la salud comunitaria, las hierbas medicinales o las intervenciones sobre los estilos de vida. Ello se explica porque el direccionamiento de la investigación en salud ha estado, en gran medida, en manos del mercado, cuando no en manos políticas. No espere el lector encontrar la evidencia sobre la utilidad de la bufanda para evitar los resfriados, del bastón para evitar las caídas o de la oración para mejorar el pronóstico de las enfermedades crónicas.

Aunque David L. Sackett, quizás el máximo profeta de la MBE, siempre ha hablado de la importancia de incorporar las creencias de los pacientes en la toma de decisiones médicas, en la práctica ello no ha ocurrido. Los estudios clínicos aleatorios y controlados, el máximo pedestal de la

MBE, incorporan mecanismos como el enmascaramiento o cegamiento y el empleo de placebos para evitar que las convicciones del paciente (o del investigador) se confundan con los “verdaderos” efectos de la intervención en estudio.

Pero en el ejercicio real de la medicina, la del día a día, las convicciones realiza un papel primordial. Al excluirlas –por definición– del proceso investigativo estamos haciendo menos reales esos resultados. Es inusual que las guías de manejo basadas en evidencia incorporen las creencias mágicas, místicas y religiosas de los pacientes.

Aunque no es éste el lugar para extenderme en la importancia del pensamiento supersticioso en medicina, sí puedo afirmar que la MBE se ha equivocado al confrontar el pensamiento místico de los pacientes, que para este caso incluye desde la creencia en amuletos y horóscopos, pasando por los cristales y los aromas, hasta la fe en curas milagrosas, en vírgenes y en santos, o en la sanación con la imposición de las manos. En un futuro, estoy seguro se usará esa fuerza mística a favor de la medicina. Las ciencias de hoy no pretenden, como hace un siglo, dominar a la naturaleza sino convivir armónicamente con ella. Y el pensamiento místico hace parte de la naturaleza de nuestros pacientes.

Otra característica criticable de la MBE es la jerarquización que, para la búsqueda de los mejores niveles de evidencia, se establece en las metodologías de investigación. Por encima de la “opinión de experto” está ubicado el caso clínico, luego la serie de casos y, en la escala ascendente, el estudio de corte transversal, el de casos y controles, el de cohortes y, en la cúspide, el experimento clínico controlado.

Dos problemas se derivan de esta escala ascendente. El primero es que hay muchas preguntas de investigación que nunca podrán ser objeto de un experimento clínico, ya sea por razones prácticas o por razones éticas. Ni siquiera un estudio de cohortes. El segundo es que ese orden jerárquico niega la verdad histórica de la medicina, una ciencia que se ha hecho a partir de los casos clínicos individuales. Es así, con el estudio de casos individuales, como se aprende ahora y se ha aprendido siempre la medicina. Mientras la pedagogía moderna enfatiza la enseñanza a partir de casos, la MBE niega su validez y su trascendencia en la adquisición del conocimiento médico. El auge de la publicación de casos clínicos en la revistas internacionales indexadas en Medline, que en un decenio han pasado de 40.000 a 50.000 casos clínicos publicados por año, indica quizás la reacción tácita de la comunidad académica a la supuesta pérdida de valor de los casos clínicos.

### Las tendencias

Es probable que el punto culminante de la MBE, por lo menos en los países que la adoptaron tempranamente, ya haya pasado. No, no se trata, creo yo, de que la MBE sea una moda que ya pasó. Se trata de una metodología que –se ha

visto— no es aplicable a todas las circunstancias del ejercicio médico. Como método, como herramienta, irá encontrando, al madurar, su propio nicho.

La libertad clínica, como se entendía en la primera mitad del siglo XX, no regresará. Por el contrario, los procedimientos, las técnicas, los esquemas de manejo serán cada vez no tanto más rígidos como más auditados y vigilados. La información y la retroalimentación irán ocurriendo cada vez más en “tiempo real”. El profesional que hoy propenda por la independencia y que rehúya al seguimiento de indicadores estará luchando contra la corriente; finalmente tendrá que ceder en esa lucha inútil en la que se han empecinado muchos médicos. Es sin duda lo más conveniente para el paciente, que es —a veces se nos olvida— la razón de ser de la medicina.

Son muchas las tendencias universales de la medicina contemporánea. Sus vínculos con la legislación, la administración, la economía y la política serán cada vez más fuertes. La incorporación de los costos de nuestro ejercicio, por ejemplo, serán cada vez un determinante más importante de nuestro ejercicio. La MBE ha abonado el terreno para el ingreso de la farmacoeconomía y los análisis económicos de las intervenciones en salud.

Michael Drummond, uno de los grandes nombres de la economía de la salud, dijo en 1987 que no era necesariamente antiético pensar en los costos en salud. Hoy, 20 años más tarde hay que reformular ese planteamiento. Propongo dos opciones: para los médicos recalcitrantes que se oponen, cada vez con menos argumentos, a la medicina gerenciada, hay que decirles “es necesariamente antiético **no** pensar en costos”, pero también es necesario que los administradores sepan que “es necesariamente antiético pensar **sólo** en costos”.

Los médicos, lo he dicho en varios escenarios, hemos estado defendiendo nuestra profesión con los argumentos equivocados. Hemos resaltado el legado histórico y ético que arranca en Hipócrates y que incluye grandes nombres como Galeno o Paracelso. Hemos invocado el sustento científico de nuestra profesión, o la capacidad que tenemos de modificar la calidad de vida y el bienestar de nuestros pacientes. Hoy debemos entender que nuestra importancia está en que somos los principales ordenadores del gasto en un sector de la economía que consume algo así como el 8% del producto interno bruto. Debemos reconocer (y defender) el impacto económico de nuestras decisiones clínicas. Sólo así lograremos rescatar el verdadero valor de nuestra profesión. Qué más evidencia necesitaremos para ello.

## El papel de la experiencia clínica en el trípode de la medicina basada en evidencia

### The role of clinical experience in the medicine based evidence tripod

ISRAEL MONTESDEOCA • CARACAS

Se define la medicina basada en evidencia (MBE) como la integración de tres componentes en un modelo orientado a la solución de los problemas de salud de los pacientes. Dichos componentes son iniciados en formas definitivas por la experticia del clínico (1er. componente) quien considera los valores del paciente (2o. componente) y por supuesto por la evidencia de una investigación (3er. componente).

La experticia del clínico con su habilidad puede identificar rápidamente en cada paciente la hipótesis diagnóstica, que puede ser seguida por una o varias preguntas, sin riesgos individuales de los pacientes.

Los valores del paciente tienen un significado especial ya que representan las preferencias, preocupaciones y expectativa que cada paciente posee con su encuentro con el clínico, quien se encarga de integrar esos valores a las decisiones en

beneficio del paciente, que se fortalece cuando se demuestra la mejor evidencia por la investigación y es cambiar o no lo conocido de cualquier componente del diagnóstico, tratamiento o pronóstico por algo nuevo, de esa manera se reúnen los tres elementos del modelo y se forma una alianza que optimiza las consecuencias y resultados clínicos y por consiguiente la calidad de vida.

El clínico puede hablar de “nuestros” pacientes, que no implica propiedad o control sobre ellos, sino que representa la responsabilidad que se toma para su cuidado médico y po-

Dr. Israel Montes de Oca: Profesor Titular Facultad de Medicina Central de Venezuela. Titular Jubilado Doctor en Ciencias Médicas. Gobernador de American College of Physicians. Caracas.

Correspondencia: e-mail: israelmontes@cantv.net

Recibido: 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07