

COCHRANE Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Dra. Mónica Pérez

Médica Dermatóloga. Bibliotecaria. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Saber es la ordenación de lo que una época puede decir (sus enunciados) y ver (sus evidencias) Savoir, c'est l'ordonnement de ce qu'une époque put dire (ses énoncés) et voir (ses évidences)
Foucault, Michael. *Les mots et les choses.* Paris: Gallimard, 1960.

Resumen

La ciencia puede ser considerada como la forma establecida de actividad orientada a la adquisición del verdadero conocimiento gracias al cual la humanidad descubre la posibilidad de usar correctamente las leyes de la naturaleza y actuar sobre ellas, desarrollando la tecnología necesaria y transformando asimismo las relaciones sociales.

El acelerado avance científico y tecnológico que ha tenido lugar en el campo de la medicina en las últimas décadas contribuyó a modificar notablemente aspectos relacionados a la formación médica. Mantenerse actualizado es hoy, para el profesional de la salud una tarea difícil, dada la rápida expansión de la información relevante en medicina y su consecuencia, el inmenso conocimiento acumulado.

El presente trabajo tiene como objeto analizar este fenómeno y su relación con la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), disciplina científica que busca integrar el nuevo conocimiento a la práctica clínica. Se señalan sus aspectos más relevantes, así como los de la Biblioteca Cochrane, repertorio vinculado a la MBE.

Medicina basada en la evidencia

La ciencia puede considerarse como un gran sistema social, en el que la comunicación, la acumulación y el procesamiento lógico de la información científica se realiza con el objetivo de adquirir nueva información científica.

El ciclo de este proceso se ha tornado tan vertiginoso que una de las consecuencias más ostensibles hoy en día es lo que se da en llamar crisis de la información, cuyas manifestaciones externas pueden expresarse en:

- rápido incremento del número de publicaciones científicas;
- continuo aumento del número de publicaciones periódicas dedicadas a la ciencia y a la tecnología y su consecuente falta de efectividad;
- crecimiento en importancia de la llamada literatura científico-técnica no publicada (reports, papers, memorándums, etc.);
- rápido crecimiento de la cantidad de información que se presenta en otros soportes, tales como cintas magnéticas, microfilmes, CD-ROMs, diskettes, on-line;

A los cinco años siguientes a la obtención del título de médico el 50% de los conocimientos adquiridos ya han sido reemplazados por nuevos.

- incremento del tiempo que destina el científico para la actividad de información científica, esto es, para el examen y lectura de la literatura científica, para la preparación de artículos e informes;
- aparición de superespecialidades como respuesta directa a la incapacidad del científico para relacionarse con el flujo siempre creciente de información científica;
- creciente dificultad en la búsqueda y recuperación del documento pertinente en el océano de la literatura científico-técnica.¹

Si tenemos en cuenta que a los cinco años siguientes a la obtención del título de médico el 50% de los conocimientos adquiridos ya han sido reemplazados por nuevos, podremos deducir que esta situación llevará a una progresiva pérdida de la competencia o excelencia profesional una vez terminada la formación de grado.

Para un científico, mantenerse actualizado implica hoy una ardua tarea. La rápida expansión de la información relevante en medicina hace que los libros de texto estén con frecuencia

desactualizados al momento de su edición. Actualmente nos encontramos inmersos en una explosión documental con más de *dos millones de nuevos artículos científicos publicados por año*. Este enorme volumen de literatura se traduce en una casi irreconciliable realidad en donde un médico general para estar al día, debería leer unos 19 artículos los 365 días del año, lo que acotado a una especialización como la pediatría dará un promedio de cinco artículos diarios, cifras que sólo reflejan por otro lado el cúmulo de información en formato impreso. La realidad demuestra también que los médicos poseen cada vez menos tiempo para la lectura, por lo que no es raro encontrar que un alto porcentaje de sus necesidades de información son satisfechas en la práctica a través de sus propios colegas. Es por esto que el profesional debe ahora más que nunca elegir de forma estratégica el camino a seguir en su constante búsqueda del conocimiento científico, debiendo para ello privilegiar algunas de las numerosas herramientas o métodos con que cuenta: educación médica continua, congresos, listas de interés, lectura de literatura científica, etc.

Apoyados sobre estos conceptos (el cúmulo de conocimiento acumulado, conteniendo información no siempre de indiscutible calidad) existe actualmente una disciplina científica que busca integrar el nuevo conocimiento a la práctica clínica, la llamada *Medicina Basada en la Evidencia* (MBE). El término MBE fue empleado por primera vez por un grupo de médicos de la McMaster University en Ontario (trabajando en el campo de la epidemiología clínica) hace más de una década. Se propuso como un instrumento para la utilización del conocimiento científico en la toma de decisiones clínicas y para estimular a la vez una formación médica continua basada en los problemas clínicos cotidianos.² El enfoque no obstante no es nuevo, posee orígenes filosóficos en el Positivismo, * que constituyó la piedra

angular de la ciencia físico-natural del siglo XIX.

En el siglo XX esta línea de pensamiento se desarrolla cada vez con más fuerza y su abordaje metodológico es adoptado como propio en el área de la administración, como resultado de una búsqueda constante de herramientas que den respuesta a la necesidad de fijar prioridades para la toma de decisiones, utilizando para ello la ponderación de varias consideraciones, dentro del consenso de un análisis sistemático basado en criterios formales, definiendo para ello las fases para la generación de evidencia (pruebas):

- análisis de la situación (con criterio epidemiológico);
- evaluación de la eficacia y la efectividad;
- evaluación económica (que incluye análisis formales de costo-beneficio);
- economía política (toma de decisiones operativas sobre la factibilidad de una intervención y sus posibles consecuencias).

Es interesante señalar que ciertos conceptos centrales de *efectividad y eficacia* fueron desarrollados ya en la década del 70 por el fallecido Archie Cochrane en relación al Servicio Nacional de Salud Británico, pensamiento continuado hoy en día en la Colaboración Cochrane.⁴

El propósito de la MBE es alertar a los médicos de los avances más importantes en medicina interna, general, cirugía, psiquiatría, pediatría, obstetricia y ginecología a través de seleccionar de la literatura científica aquellos artículos originales de revisión (reviews) que contengan resultados útiles y veraces. Estos artículos son a su vez condensados en abstracts y comentarios de expertos. Todo este esfuerzo está dirigido a ayudar al médico en la toma de decisiones. La práctica de la MBE es pues, un proceso de aprendizaje autodirigido que dura toda la vida, en el que el

* "Se conoce con el nombre de *Positivismo* aquel modo de pensar que pretende atenerse tan sólo a los "hechos positivos", entendiéndose por tales los que pueden ser captados inmediatamente por los órganos de los sentidos y ser sometidos a una verificación cuantitativa; los demás hechos son negados o reducidos a los anteriores.

En sentido estricto el Positivismo -cuya formulación más conocida es la de A. Comte- implica unas características peculiares que pueden sintetizarse en cuatro principios fundamentales: a) una interpretación de la historia del pensamiento; b) una teoría de la ciencia; c) una concepción reformista de la sociedad; y d) una determinada idea del sentido y puesto de la religión en la vida social.

Concibe la ciencia como un análisis constitutivo de aquellos fenómenos verificables y cuantificables. La cuantificación es, además, entendida como verificación del cómo de los fenómenos observables (dónde, cuándo, en qué sistema de dimensiones, en qué proporción, etc.); el qué, el por qué, y el para qué del fenómeno, no tienen "sentido positivo" y son, por tanto, dejados fuera de

consideración. No hay, pues, para el Positivismo ciencia de principios absolutos; todo saber que intentase realizar tal hipótesis límite sería metafísica, y ésta es concebida apriorísticamente por el Positivismo como la anticencia. Empero, existe un principio negativo que es radicalmente absolutizado por el Positivismo: que lo único positivo es la creencia apodíctica en la absoluta validez de la negación de todo principio metafísico. De aquí la radical hostilidad, heredada por el neopositivismo y la filosofía analítica, contra todo sistema, excepto por el implícito en la ideología positivista; la repulsa contra toda "construcción", se trate de la metafísica clásica o de la dialéctica marxista; la identificación de toda la filosofía con el análisis de los supuestos "resultados" de la ciencia; y la pretensión que de esta concepción representa el único y posible "naturalismo" científico. El hecho y la experiencia son la única realidad científica. La significación de todo enunciado está construida completamente en el proceso de verificación de lo dado, y la precisión del proceso de verificación sólo es posible mediante una instrumentalización fomal lógico-matemática."³

cuidado de los propios pacientes crea la necesidad de información clínicamente importante sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y otras cuestiones clínicas y de asistencia y en el cual el profesional debe:

1. convertir estas necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta;
2. localizar, con la máxima eficiencia, las mejores evidencias con las que responder, ya procedan de la exploración clínica, del diagnóstico de laboratorio, de las evidencias de investigación o de otras fuentes;
3. valorar críticamente la validez (proximidad a la verdad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de esas evidencias;
4. aplicar los resultados de esta valoración a la práctica clínica;
5. evaluar el propio rendimiento.⁵

Para localizar las mejores evidencias, la MBE recurre a estudios primarios, ensayos aleatorios, pero fundamentalmente a las *revisiones sistemáticas*. Pero la búsqueda de las mejores evidencias trae aparejado el interrogante de dónde buscar. En la mayor parte de los casos los medios electrónicos, que son actualizados periódicamente, ya sea en diskette, en CD-ROM o en Internet, están dejando obsoletos a los recursos en papel en lo que a la búsqueda de evidencias respecta, aunque las revistas impresas siguen desempeñando un importante papel. Internet, por otro lado, permite establecer vínculos ilimitados con información relacionada y complementaria. Tanto el profesional de la salud, como los profesionales de la información (bibliotecarios y documentalistas) cuentan hoy con importantes bases de datos para la selección de esta literatura biomédica: Medline, Embase y LILACS (cada una con características distintivas) constituyen el núcleo fundamental de recursos para la búsqueda bibliográfica, pero sin duda la Biblioteca Cochrane se ha convertido en la obra de referencia paradigmática de la MBE.

Cochrane Library / Biblioteca Cochrane

(<http://www.cochrane.org>)

Archie Cochrane, epidemiólogo británico, propuso hace ya varias décadas que toda especialidad o disciplina clínica editara los *ensayos clínicos controlados* existentes dentro de su campo con el fin de facilitar el acceso a aquellos que quisieran informarse sobre los tratamientos más eficaces. Este pensamiento se llevó a la práctica en una primera etapa en el campo de la obstetricia, desarrollando para tal fin un repertorio fundamental para el desarrollo posterior

de la *Biblioteca Cochrane: la Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*.

En 1992 en Oxford, el United Kingdom's National Health Service decide implementar un Programa para su Investigación y Desarrollo para lo cual nombra el Cochrane Collaboration Steering Group con el fin de delinear las políticas y estrategias a seguir. Actualmente la Biblioteca Cochrane posee un organigrama complejo con centros internacionales distribuidos en Alemania, Brasil, España, Francia, Japón, Estados Unidos de Norte América y el Reino Unido, entre otros. Goza del auspicio de organizaciones académicas de indiscutible trayectoria (Norway: National Institute of Public Health; England: National Health Service Research & Development Programme; UK: Oxford Regional Health Authority, etc.).

Biblioteca Cochrane

Colección de bases de datos editada en línea y CD-ROM y actualizada trimestralmente. Creada para reunir evidencia de alta calidad en el área salud. Contiene:

- *Cochrane Database of Systematic Reviews* - CDSR (Base de Datos Cochrane con Revisiones Sistemáticas).
- *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* - DARE (Base de Datos con Abstracts de Revisiones sobre Efectividad).
- *Cochrane Controlled Trials Register* - CCTR (Registro Cochrane sobre Ensayos Controlados).
- *Cochrane Review Methodology Database* (Base de Datos Cochrane sobre Metodología de Revisión).
- Información sobre la *Cochrane Collaboration*.
- Información sobre otros recursos.

La combinación de las bases CDSR, DARE y la inmensa CCTR determina que la Biblioteca Cochrane se haya constituido en la actualidad en recurso valiosísimo para la búsqueda de evidencia. La Colaboración Cochrane trabaja actualmente con la National Library of Medicine para mejorar el índice de ensayos de la Medline, de manera que la búsqueda de ensayos clínicos aleatorios en esta última base de datos bibliográfica sea más exacta.

La información contenida en las diferentes bases Cochrane presenta la siguiente estructura:

CDSR

- *complete reviews*;
- *protocols*.

DARE

- *abstracts of quality assessed systematic reviews*
- *other assessed reviews: bibliographic details only*;

- *other reviews: bibliographic details only.*

CCTR

- *references;*
- *Medical Editors Trial Amnesty;*
- *about CCTR.*

The Cochrane Review Methodology Database

- *references.*

Cochrane Collaboration

- *The Cochrane Collaboration;*
- *Collaborative Review Groups-CRGs;*
- *Fields;*
- *Methods Working Group;*
- *Centres;*
- *Sources of support.*

Other sources of information

- *the Internet;*
- *Health technology assessment: author abstracts.*

Base de Datos Cochrane con Revisiones Sistemáticas (CDSR)

Principal producto de la Biblioteca Cochrane. Contiene más de 1.400 registros; crea más de 150 documentos nuevos por trimestre.

- *Revisiones Completas:* contiene *revisiones sistemáticas*, tipo especial de revisión en el que se utilizan métodos sistemáticos y explícitos para la identificación, selección y análisis de la literatura científica revisada, al tiempo que recoge y analiza los datos de los estudios que incluye. Son un recurso invaluable para la creación de lineamientos (guidelines) terapéuticos. Incluye *meta-análisis*, nuevo estudio que resulta de aplicar técnicas estadísticas a estudios relevantes y de calidad, pero demasiado pequeños para producir por sí mismos resultados contundentes; ayuda además a integrar pequeñas casuísticas a *revisiones sistemáticas*.

Las *revisiones Cochrane* son actualizadas periódicamente por la Colaboración Cochrane y resultan de una recopilación sistemática de la bibliografía existente. Sigue la siguiente estructura documental: título, autores, fecha de realización, back-ground, objetivos, estrategia de búsqueda, criterio de selección, datos y análisis, principales resultados, conclusiones de los revisores, referencias a los estudios incluidos, contactos (extra e intramuros), palabras clave y número (código) de identificación.

- *Protocolos:* plan o pasos que debe seguirse en la confección de un estudio. Un protocolo para *revisiones sistemáticas* debería contener la exposición razonada de la revisión, los objetivos y métodos que deberá usar para localizar, seleccionar y evaluar los estudios, además de reunir y analizar

los datos de los estudios que se incluye. Respetar la estructura sistematizada de las *revisiones Cochrane*, pero poniendo el énfasis en la información relativa a las estrategias utilizadas.

Base de Abstracts sobre Revisiones de Efectividad (DARE)

Colección de abstracts y referencias bibliográficas sobre *revisiones sistemáticas* (se incluyen en grupos separados aquellas que cumplen con los criterios de calidad de aquellas que no lo hacen, pero que poseen de todas formas, datos interesantes que pudieran ser útiles para futuras revisiones, como en los casos de trabajos de escaso valor, pero conteniendo una extensa y rica bibliografía).

Registro Cochrane sobre Ensayos Controlados (CCTR)

Base de datos referencial sobre *ensayos controlados* en salud. Los grupos Cochrane y otras organizaciones internacionales invitadas contribuyen con registros especializados, los que junto con referencias a *ensayos clínicos* seleccionados de la Medline forman el denominado *registro central* de estudio. Este último tipo de registro es sometido a un control de calidad para asegurarse que sólo lleguen a la categoría de CCTR informes rigurosos sobre *ensayos randomizados controlados* y *ensayos clínicos* controlados.

Base de Datos Cochrane sobre Metodología de Revisión

Bibliografía sobre artículos y libros con información relevante sobre metodología. Útil para recopilar evidencia sobre los efectos de intervenciones en salud.

Sobre la Colaboración Cochrane

- *Colaboración Cochrane:* organización internacional creada con el fin de ayudar al profesional para la toma de decisiones bien documentadas sobre la salud, a través de la preparación, mantenimiento y accesos a *revisiones sistemáticas*.
- *Grupos Colaboradores revisores (CRGs):* es el primer grupo de trabajo de la *Colaboración Cochrane*. Su principal objetivo es la creación y actualización de las *revisiones sistemáticas*, propósito que logran a través de la preparación de las *revisiones Cochrane* y de la búsqueda sistemática de la literatura. El GCR es coordinado por un *equipo editorial*, responsable de la actualización y creación en la *base de datos madre* de un *módulo de revisiones* y de información sobre el grupo.
- *Centros:* responsables de la coordinación y

sostén de la Colaboración Cochrane. Cada centro actúa dentro de un área geográfica específica.

JAMA

<http://www.ama-assn.org/public/journals/jama>

Para una mejor comprensión de este trabajo se detalla a continuación el alcance de algunos de los términos más utilizados por la MBE.

Otras Fuentes de Información

Directorio con recursos útiles en Internet

Contiene datos sobre instituciones del mundo científico vinculadas a la MBE o a la localización de artículos de revisión. Entre ellas se destacan:

Centre for Evidence Based Child Health. Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital for Children (London).
<http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm>

Centre for Evidence-Based Mental Health.
<http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/>

Centre for Evidence Based Nursing. University of York.
<http://www.york.ac.uk/depts/hstd/centres/evidence/ev-intro.htm>

National Guideline Clearinghouse (US). American Medical Association / American Association of Health Plans.
<http://www.guidelines.gov/index.asp>

Sources of Evidence (CASPFWE). Institute of Health Science. University of Oxford.
<http://www.ihs.ox.ac.uk/caspfew/sources.html>

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).
<http://www.cinahl.com>

PubMed
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>

MBE Journal Club (Cuidados Intensivos en Pediatría).
<http://pdsccon.wustl.edu>

Journal Club en la Web
<http://www.journalclub.org/index.html>

Infectious Diseases in Children
<http://www.slackinc.com/child/idc/idchome.htm>

British Medical Journal
<http://www.bmj.com>

Calidad de la evidencia

- Grado I: Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo clínico randomizado y controlado bien diseñado.
- Grado II-1: Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no randomizados y bien diseñados.
- Grado II-2: Evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes (2a: prospectivo y 2b: retrospectivo) o 2c: estudios caso control; bien diseñados, realizados preferentemente en más de un Centro o por más de un grupo de investigadores.
- Grado II-3: Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin grupo control. Incluye resultados "dramáticos" producidos por experimentos no controlados.
- Grado III: Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.⁸

Clinical trial / Ensayo clínico

Ensayo para testear una droga u otra intervención con el fin de evaluar su efectividad y seguridad. Este es un término general que comprende a los *ensayos randomizados controlados* y a los *ensayos clínicos controlados*.

Controlled Clinical Trial / Ensayo Clínico Controlado

Se refiere al estudio que compara uno o más grupos intervencionistas con uno o más grupos de cotejo (controlados). Los estudios pueden o no ser *randomizados*, pero sí todos los *ensayos randomizados* son *controlados*.

Efficacy / Eficacia

Punto en el cual una intervención produce un resultado beneficioso. Mide la utilidad de la intervención a estudiar en condiciones ideales y con pacientes motivados y supervisados intensamente (*estudio randomizado controlado*). Los ensayos clínicos para evaluar eficacia se denominan con frecuencia *ensayos exploratorios*.

Effectiveness / Efectividad o Eficiencia

Se refiere a la utilidad de una intervención teniendo en cuenta aspectos de costo-efectividad. A igual

eficacia, la de menor costo será la más efectiva. Los ensayos clínicos para evaluar efectividad se denominan *ensayos directrices*.

Embase (Excerpta Medica Database)

Base de datos electrónica europea sobre literatura biomédica y farmacológica. Cubre alrededor de 3.500 publicaciones periódicas provenientes de más de 110 países. Contiene información a partir del año 1974.

Index Medicus

Catálogo de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, e índice sobre la literatura médica que compila. Disponible en formato impreso; en formato electrónico recibe el nombre de *Medline*.

LILACS (Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

Base de datos electrónica compuesta por bases regionales conteniendo literatura médica y científica. Compilada por BIREME, Centro Latino Americano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, organismo dependiente de la OPS / OMS.

Medline (MEDlars onLINE)

Base de datos electrónica producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos de Norte América. Indiza millones de artículos contenidos en más de 3.900 publicaciones periódicas. Disponible on line a través de numerosos enlaces con bibliotecas y organizaciones médicas, en formato CD-ROM e Internet. Cubre información desde 1966.

Fue la primera fuente electrónica de evidencia útil para la práctica clínica, y su utilización por los clínicos continúa creciendo. Cuando se dominan los recursos para la búsqueda que el software presenta, esto es términos MeSH, tesaurus, limitadores y texto libre, además de la combinación con "filtros metodológicos", se convierte en una poderosísima herramienta para recuperar documentos. Desde hace unos años, y con la ayuda de la *Colaboración Cochrane*, permite recuperar registros limitándolos por *Tipo de publicación*, recurso útil en la búsqueda de información relevante:

clinical trial

editorial

letter

meta-analysis

practice guideline

randomized controlled trial

review

MeSH headings (Medical Subject Headings) /

Encabezamientos MeSH

Términos (descriptores) usados por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Nor-

teamérica para indizar artículos del *Index Medicus* y de *Medline*. Están diseñados para reducir problemas del lenguaje común (polisemia, etc.), convirtiendo el lenguaje natural en un lenguaje documental. El sistema del MeSH posee una estructura jerárquica, también conocida como arborescente, en donde los términos más generales (broad subject terms) contienen vocablos más específicos (narrower subject terms).

Meta-análisis

El término *meta-análisis* fue usado por primera vez por Glass en 1976 combinando el prefijo "meta" que significa "transcendiendo" y el sufijo análisis. Incrementa la potencia estadística para la detección de cambios en eventos de baja frecuencia y mejora la precisión en la estimación de la magnitud necesaria del efecto. Se utiliza para analizar datos provenientes tanto de ensayos clínicos como de estudios observacionales.

También se usa, por extensión, para denominar a los *reviews sistemáticos* que utilizan meta-análisis.

Overview

Revisión dirigida con frecuencia por un equipo de investigadores; cuenta con datos generados por otros, por lo que a pesar de ser trabajos de investigación propios, son más observacionales que experimentales.

Sensibilidad y especificidad

Términos relacionados a la búsqueda de información. La *especificidad* o *precisión* se refiere al porcentaje de documentos relevantes sobre el total de los documentos recuperados, mientras que la *sensibilidad* describe al porcentaje de todos los documentos relevantes que fue posible recuperar. Si se está efectuando una búsqueda y el número de documentos recuperados es extremadamente numeroso, se deberá aumentar la especificidad o precisión, por lo contrario, si el resultado es cero o deficiente, se deberá incrementar la sensibilidad. Dicho de otra forma:

Sensibilidad: recuperar documentos relevantes.

Especificidad: excluir documentos irrelevantes.

Trials register / Registro de ensayos

Base de datos con referencias bibliográficas a *ensayos randomizados controlados* y a *ensayos clínicos controlados* considerados relevantes para el *Grupo Revisor Colaborador*. También posee información sobre ensayos no editados o publicados a la fecha del registro.

"El conocimiento científico aspira a ser totalmente

impersonal y trata de formular lo descubierto por el intelecto colectivo de la humanidad (...)

La comunidad sabe más y menos, al mismo tiempo, que el individuo; en su capacidad colectiva, conoce todo el contenido de las enciclopedias y todas las contribuciones a las Actas de las sociedades doctas, pero no conoce las cosas cálidas e íntimas que dan color y textura a una vida individual. Cuando un hombre dice: 'Nunca podré transmitir el horror que sentí al ver Buchenwald' o 'No hay palabras para expresar mi alegría al ver nuevamente el mar después de pasar años en un campo de concentración', dice algo estricta y precisamente verdadero, pues posee, por su experiencia, un conocimiento que no poseen aquellos cuya experiencia ha sido diferente, y ese conocimiento no es completamente susceptible de expresión verbal. Si es un artista de magníficas condiciones literarias, puede crear en lectores sensibles un estado de espíritu no demasiado diferente del suyo, pero si trata de aplicar a ello métodos científicos, el fluir de su experiencia se perderá y disipará en un polvoriento desierto.

El lenguaje, nuestro único medio para comunicar conocimiento científico, es esencialmente social, tanto en su origen como en sus funciones principales (...)

Es verdad que la educación trata de despersonalizar el lenguaje y ello con cierto grado de éxito. "Lluvia" ya no es el fenómeno familiar, sino "gotas de agua que caen de las nubes hacia la tierra", y "agua" ya no es lo que moja, sino H₂O. En cuanto al hidrógeno y el oxígeno, tienen definiciones verbales que deben ser aprendidas de memoria; que se las entienda o no, poco importa. Así, conforme avanza la instrucción, el mundo de las palabras se separa cada vez más del mundo de los sentidos; se adquiere el arte de usar correctamente las palabras como se adquiere el arte de tocar el violín; finalmente, se logra tal virtuosismo en la manipulación de frases que apenas se necesita recordar que las palabras tienen significados. Adquirimos entonces un carácter totalmente público, y hasta nuestros pensamientos más íntimos se hacen adecuados para figurar en la enciclopedia. Pero ya no podemos abrigar la esperanza de ser poetas, y si nos enamoramos, hallaremos que nuestro lenguaje despersonalizado tiene poco éxito en provocar las emociones deseadas. Hemos sacrificado la expresión a la comunicación, y lo que podemos comunicar resulta abstracto y seco".⁹

Estas palabras reflejan el pensamiento de la autora y se incluyen al final de este trabajo con el fin de hacer reflexionar al lector. Es innegable que el avance que la Ciencia Médica ha experimentando en las últimas décadas ha sido sorprendente, pero no menos evidente es que su objeto de estudio es un ser humano del que todavía desconoce sino *casi todo*, mucho. Aún no es tiempo de abandonar el "sentido común" o el "criterio médico" frente al enfermo, un ser infinitamente más complejo que cualquiera de los fenómenos observables experimentalmente. En el acto médico el "para quien" no debe quedar fuera de consideración.

Bibliografía

1. Davidoff F et al. Evidence-Based Medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. *BMJ* 1995; 310: 1085-6.
2. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
3. GER: Gran Enciclopedia Rialp. Madrid: Ediciones Rialp, 1981. v.18, p.864-70.
4. White F. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. *Rev Panam Salud Pública / Pan Am Public Health* 1998; 4(1): 69-75.
5. Sacket DL et al (eds). Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. 1ª ed. español. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
6. Christakis DA, Davis R, Rivara FP. Pediatric Evidence-Based Medicine: past, present, and future. *J Pediatr* 2000; 136 (3): 383-9.
7. Mikhailov A et al. Scientific communication and informatics. Arlington (VA): Resources Press, 1984.
8. Glosario. Evidencia en Atención Primaria 1999; 2 (1): 31-2.
9. Rusell B. El conocimiento humano: su alcance y sus límites. Barcelona: Planeta-De Agostini, 1992. p.17-9.