

La fiebre no está en las sábanas (en respuesta a “La ciencia del juicio clínico de Alvan Feinstein: una solución a las brechas entre la investigación y la clínica”)

Fabián Jaimes ¹ 

¹ Profesor titular del departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

«Nada en la vida es para ser temido, es sólo para ser comprendido.
Ahora es el momento de entender más, de modo que podamos temer menos.»

-Marie Curie

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Palabras clave

Epidemiología Clínica;
Medicina Basada en la Evidencia;
Razonamiento Clínico

Recibido: enero 18 de 2024

Aceptado: enero 26 de 2024

Correspondencia:

Fabián Jaimes;
fabian.jaimes@udea.edu.co

Cómo citar: Jaimes F. La fiebre no está en las sábanas (en respuesta a “La ciencia del juicio clínico de Alvan Feinstein: una solución a las brechas entre la investigación y la clínica”). *Iatreia* [Internet]. 2024 Jul-Sep;37(3):255-260.
<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.257>



Copyright: © 2024
Universidad de Antioquia.

The fever is not in the bedsheets (in response to "Alvan Feinstein's Science of Clinical Judgment: A Solution to the Gaps between Research and Clinical Practice")

Fabián Jaimes ¹ 

¹ Professor in the Department of Internal Medicine, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

ARTICLE INFORMATION

Keywords

Clinical Epidemiology;
Evidence-Based Medicine;
Clinical Reasoning

Received: January 18, 2024

Accepted: January 26, 2024

Correspondence:

Fabián Jaimes;
fabian.jaimes@udea.edu.co

How to cite: Jaimes F. The fever is not in the bedsheets (in response to 'Alvan Feinstein's Science of Clinical Judgment: A Solution to the Gaps between Research and Clinical Practice'). *Iatreia* [Internet]. 2024 Jul-Sep;37(3):255-260.

<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.257>



Copyright: © 2024
Universidad de Antioquia.

ESCENARIO 1

En los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de neumonía adquirida en la comunidad, una de las decisiones más complejas e importantes que debemos tomar los médicos es la de cuándo se debe hospitalizar al paciente. Los extremos sencillos son aquellos de escasos síntomas y signos respiratorios, similares a un resfriado común, o los de mayor gravedad, que presentan choque o insuficiencia respiratoria. Los primeros son de manejo ambulatorio y los segundos los debemos atender en una unidad de terapia intensiva; sin embargo, en la gran mayoría de pacientes que se atienden en un servicio de urgencias con cuadros clínicos 'intermedios', la decisión puede ser bastante compleja. Igualmente difícil, salvo en esos casos de gravedad obvia, puede ser la decisión de llevar al paciente a una unidad de cuidado intensivo (UCI).

La investigación para tratar de ayudar al médico en la toma de decisiones sobre estos pacientes y que se basa en estudios de pronóstico y modelos de predicción clínica viene en desarrollo desde hace más de 30 años (1,2). Hoy en día gracias a numerosas investigaciones primarias, a revisiones sistemáticas de la literatura médica y al desarrollo de guías de práctica clínica es posible tomar decisiones un poco más informadas con respecto a estos pacientes (3). Nunca podremos saber con absoluta certeza si el paciente que se admitió en UCI realmente lo necesitaba o si el paciente que decidimos manejar de forma ambulatoria hubiese podido tener una mejor evolución de ser atendido en el hospital, pero ciertamente, son los estudios previos los que nos dan elementos de juicio adicionales para tomar mejores decisiones.

ESCENARIO 2

Angelina es una señora de 78 años que tiene un marcapasos bicameral desde hace seis años por un antecedente de bloqueo auriculoventricular completo. Adicionalmente, tiene antecedentes de hipertensión arterial, falla cardíaca y diabetes de tipo 2. Todas sus enfermedades están controladas con los respectivos medicamentos, pero se le han detectado 17 episodios de fibrilación auricular subclínica en los últimos seis meses con una duración de quince minutos a cuatro horas. Ella teme que esos episodios le aumenten el riesgo de un embolismo sistémico o de un evento cerebrovascular y quiere saber si se puede beneficiar de algún medicamento anticoagulante oral o de algún antiagregante plaquetario, como la aspirina.

Una búsqueda en la base de datos de literatura biomédica PubMed arroja dos experimentos clínicos con anticoagulantes orales en este tipo de pacientes: uno con edoxabán (4) y otro con apixabán (5). El primero, con 2536 pacientes reclutados, se detuvo prematuramente por dudas en la seguridad y la eficacia del medicamento. El segundo comparó 2015 pacientes tratados con apixabán (5 mg dos veces al día) con 1997 pacientes tratados con aspirina (81 mg al día). Del grupo de los pacientes tratados con apixabán, 55 (2,7%) presentaron al menos un episodio de embolismo sistémico o un evento cerebrovascular en comparación con 86 pacientes (4,3%) del grupo de los tratados con aspirina. Esta reducción absoluta del riesgo de 1,6% se vio 'contrarrestada' no obstante por un aumento absoluto de 1,3% del riesgo de sangrado mayor en los pacientes con apixabán (5,2% = 106/2015), en comparación con los de aspirina (3,9% = 78/1997). Adicionalmente, en 61 pacientes del grupo de apixabán y en 57 pacientes del grupo de aspirina no fue posible hacer el seguimiento completo durante todo el experimento, motivo por el que no se puede descartar que hayan presentado cualquiera de los anteriores eventos: embolismo o sangrado.

Por lo tanto, podríamos decirle a la señora Angelina que tomar el apixabán, en vez de la aspirina, podría reducirle mínimamente el riesgo de un evento embólico, pero que también podría aumentarle casi en la misma magnitud el riesgo de un sangrado importante. Dado que no fue posible saber el desenlace final en un número de pacientes (61 y 57) cercano al de los que sí lo

tuvieron (55 y 86), no podemos tener la certeza acerca del balance exacto del riesgo y el beneficio del consumo del anticoagulante en los pacientes del estudio, mucho menos en doña Angelina¹. Por lo tanto, probablemente la mejor recomendación para ella sería que tome aspirina diariamente en una dosis antiagregante.

El escenario 1 corresponde al desarrollo y la aplicación de la epidemiología clínica (EC); el escenario 2 es un ejemplo sencillo del uso de la medicina basada en evidencia (MBE). La epidemiología, que tiene una inveterada y confirmada relevancia como ciencia básica de la salud pública, ha tomado el ‘apellido’ de clínica² para cambiar su objeto de estudio desde las poblaciones hacia los problemas clínicos de nuestros pacientes en términos de etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de sus enfermedades. La MBE simplemente trata de llevar esa experiencia metodológica e investigativa de la EC a los profesionales de la salud encargados de la atención a las personas. Por lo tanto, la MBE podría entenderse como el uso cotidiano en la práctica clínica de las herramientas y los conocimientos adquiridos a través de la EC. No es necesario saber los intrínsecos de la EC ni tener formación como epidemiólogo para poder hacer uso de la MBE en el quehacer médico.

A mi parecer, todo lo anterior es sencillo y transparente. Sin embargo, en una publicación reciente de la revista Iatreia (6), los doctores Estrada-Mesa e Higuaita-Gutiérrez nos cuentan otra historia muy distinta. Algunos apartados, particularmente llamativos, de su artículo son: «Es cierto que las polémicas asociadas a los condicionamientos externos propiciados por los financiadores provenientes de la industria farmacéutica y tecnológica **manchan e introducen una corrupción no deseable dentro de la MBE**»³, «El **uso inmoderado**⁴ de la **epidemiología clínica** puede generar una desviación ideológica de la medicina, esto es, un descuido del fortalecimiento de una ciencia del juicio clínico que desarrolla y pondera de una manera equilibrada instrumentos y conocimientos específicos para abordar los padecimientos de los pacientes», «Si bien muchas de estas críticas se presentaron en un contexto embrionario en el desarrollo de la MBE, conviene rescatarlas ante **el secuestro de sus ideales emprendido por la industria farmacéutica**⁵ y los excesos entusiastas que pueden conducirla hacia un descuido de aspectos básicos de la clínica», «La apuesta científica por desarrollar una ciencia del juicio clínico, por consiguiente, ha desviado su cauce a raíz de **las orientaciones ideológico-científicas**⁶ de la MBE que han privilegiado su enfoque hacia la epidemiología clínica» (todas las negrillas son mías).

Como ven, los autores tienen otra EC y otra MBE muy diferentes en sus mentes. Desconozco la experiencia clínica y la práctica médica de ellos, pero sería muy interesante saber cómo ha sido su proceso de aprendizaje. Yo empecé a estudiar medicina en 1983 y no he parado desde entonces. Unos quince años después de empezar mis estudios me encontré con la EC y la MBE, y la verdad es que me han ayudado un montón con mis lecturas y mi práctica. De hecho, desde hace más de veinte años empecé a promocionar e impulsar estas dos disciplinas en todos los niveles de pregrado y

-
- 1 De hecho, nunca podremos tener la certeza absoluta de lo que le ocurrirá a un paciente. Solo podemos tener probabilidades, altas o bajas, de acuerdo con lo que aprendemos de las investigaciones con pacientes similares a los nuestros.
 - 2 Del lat. *clīnicus* ‘propio del enfermo’, ‘propio del lecho’, y este del gr. κλινικός *klinikós*, der. de κλίνη *klínē* ‘lecho’; la forma f., del lat. *clīnice*, y este del gr. κλινική *kliniké* (<https://dle.rae.es/clínico?m=form>).
 - 3 Una acusación bastante seria: “hay corrupción dentro de la MBE”. Lamentablemente no está sustentada por ninguna parte.
 - 4 Sería muy interesante saber cómo o cuál es el uso moderado de la EC.
 - 5 La industria farmacéutica financia investigaciones biomédicas usualmente para beneficio de sus propios intereses económicos. Los usuarios de esa investigación somos los encargados de juzgar su rigurosidad y decidir si nos sirve o no. Si hay un “secuestro”, es el de la mentalidad de los médicos que solicitamos exámenes y prescribimos medicamentos, no del método que nos permite apreciarlos adecuadamente en su contexto.
 - 6 Una combinación interesante: ideología y ciencia. Parece que, para los autores, lo ideológico es pasar de la epidemiología poblacional a la epidemiología clínica.

posgrado de la Facultad de Medicina de la UdeA (7). Por supuesto que ni la EC ni la MBE hacen parte de una religión en la que rendimos culto y, como es de esperar en todo proceso de conocimiento, ellas enfrentan sus propias limitaciones epistémicas (8). Pero de ahí a hacer una afirmación tan simplista y descontextualizada como que estamos ante una "MBE que en su énfasis hacia la estandarización y el desarrollo de algoritmos ha devenido más en un mecanismo regulatorio externo, como lo pueden llegar a ser las guías de práctica clínica", existe un largo trecho.

Los doctores Estrada-Mesa e Higueta-Gutiérrez hacen el loable esfuerzo de intentar rescatar a una brillante figura de la investigación, la enseñanza y la práctica de la medicina como lo fue el Dr. Alvan R. Feinstein. Lamentablemente creo que le fallan a él y a nosotros los lectores desde el atractivo título del artículo, que no logra resolverse en el cuerpo del mismo. No es posible saber cómo la propuesta de Feinstein, con todo y lo adelantado que fue a su tiempo, puede resolver las brechas entre la investigación y la clínica. Un problema tan actual y complejo como la diseminación, la transmisión y el uso de la investigación médica para la práctica clínica es algo que difícilmente visualizaba el autor hace sesenta años (9).

En resumen, creo que el dicho popular "en los gustos no hay disgustos" aplica perfectamente acá. A los autores no les gusta ni la EC ni la MBE, o no les gusta lo que ellos creen 'de oídas' que son estas dos cosas, creencia que han fundamentado únicamente en su exhaustiva lectura de los críticos. Eso está muy bien. A mí no me gustan los garbanzos, la ahuyama, ni los vinos rosados y, la verdad, no tengo una explicación clara para esa aversión. Pero no hago muchos disparos al aire para justificarme, ni hago acusaciones sin fundamento y sin argumentación contra esas comidas, ni señalo a los consumidores de garbanzos, ahuyama y vinos rosados de tener desviaciones ideológicas o abusar de su poder. Allá ellos. Yo soy feliz con el Malbec tinto y los fríjoles.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos: hice una maestría en Epidemiología Clínica y un doctorado en Epidemiología; he sido profesor de diversos cursos y temas de epidemiología clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en el pregrado de Medicina, en los posgrados clínicos y quirúrgicos, en la maestría en Epidemiología y en el doctorado en Medicina Clínica; y he dictado cursos, conferencias y talleres acerca de estos mismos tópicos en diversos ámbitos académicos nacionales e internacionales.

REFERENCIAS

1. Fine MJ, Orloff JJ, Arisumi D, Fang GD, Arena VC, Hanusa BH, et al. Prognosis of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Am J Med* [Internet]. 1990;88(5N):1N-8N. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2195886/>
2. Auble TE, Yealy DM, Fine MJ. Assessing prognosis and selecting an initial site of care for adults with community-acquired pneumonia. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 1998;12(3):741-59, x. [https://doi.org/10.1016/S0891-5520\(05\)70208-7](https://doi.org/10.1016/S0891-5520(05)70208-7)
3. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2019;200(7):e45-e67. <https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1581ST>
4. Kirchhof P, Toennis T, Goette A, Camm AJ, Diener HC, Becher N, et al. Anticoagulation with Edoxaban in Patients with Atrial High-Rate Episodes. *N Engl J Med* [Internet]. 2023;389(13):1167-79. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2303062>
5. Healey JS, Lopes RD, Granger CB, Alings M, Rivard L, McIntyre WF, et al. Apixaban for Stroke Prevention in Subclinical Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* [Internet]. 2024;390(2):107-17. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2310234>

6. Estrada-Mesa DA, Higuera-Gutiérrez LF. La ciencia del juicio clínico de Alvan Feinstein: una solución a las brechas entre la investigación y la clínica. *Iatreia* [Internet]. 2024;37(1):106-18. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.227>
7. Jaimes FA. Medicina basada en la evidencia: por qué y cómo llegar a ella. *Iatreia* [Internet]. 1998;11(3):113-8. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.3661>
8. Henao DE, Jaimes FA. [Evidence-based medicine: an epistemological approach]. *Biomedica* [Internet]. 2009;29(1):33-42. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v29i1.39>
9. Maddock JE, Moore JB. Dissemination and Implementation: The Final Frontier. *J Public Health Manag Pract* [Internet]. 2019;25(1):34-5. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000912>