

La importancia de la investigación científica en medicina

Walter Manucha*

* Farmacéutico. Especialista en Docencia Universitaria. Doctor en Farmacia de la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia. Director del Laboratorio de Farmacología Experimental, Básica y Traslacional. Área de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Profesor adjunto de la Universidad Nacional de Cuyo. Investigador Independiente del Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo (IMBECU, CCT-Mendoza, CONICET). Mendoza. Argentina.

Correspondencia: Dr. Walter Manucha. Teléfono: +54 2613139999. Correo electrónico: wmanucha@yahoo.com.ar

¿Cómo citar este artículo?: Manucha W. La importancia de la investigación científica en medicina. MÉD.UIS.2019;32(1):39-40. doi: 10.18273/revmed.v32n1-2019006

La medicina es una ciencia en constante desarrollo y por lo tanto los conocimientos médicos no deberían obtenerse a través de otra fuente que no sea la investigación científica. Surge así, luego de más de veinticinco años del lanzamiento de la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE, David Sackett 1996), la pregunta de si existe lugar para el pensamiento racional sobre la evidencia médica. En la actualidad se plantea como controversial el modelo original de MBE respecto a otro modelo que involucra aspectos no contemplados como los biopsicosociales; identificando así las características claves de la ciencia clínica en su atención explícita a la humanidad y en donde la observación (visión exterior), introspección (visión interior) y el diálogo (inter-visión) son la tríada metodológica básica para una completa evaluación clínica y para hacer “científico” los datos del paciente¹.

La falta de esta interacción por la ciencia médica resulta consecuencia de una continua adhesión a un modelo científico limitado que hace que este enfoque no sea completo y complejo como lo es la propia naturaleza humana. En términos duros, resulta limitado el acceso a la investigación científica o al enfoque científico de los fenómenos humanos, y consecuentemente, se han visto favorecidas las

visiones reduccionistas, mecanicistas y dualistas propias y características de la MBE¹, en donde la adherencia a las directrices surge del convencimiento de la “mejor evidencia” pero no se racionaliza el hecho de que simplemente se sigue una guía para ver los problemas desde una óptica determinada y para tratarlos por el promedio de una situación clínica establecida, en lugar del paciente como un ser individual, degradando así la práctica clínica.

En defensa de la MBE, existen importantes aportes a la práctica médica. Entre ellos se destacan la incorporación de pruebas científicas al ancestral arte de la medicina promoviendo conductas diagnósticas y terapéuticas, basadas en la mejor evidencia disponible, también contribuye a la reducción del margen de errores en la adopción de decisiones, posibilita el cuestionamiento y la objeción a propuestas desprovistas de fundamento científico. Además, favorece con la validación de la utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos al promover la demostración de su efectividad, y la valoración de contrapeso entre resultados objetivos respecto al subjetivismo inherente a los casos anecdóticos. También, suscita la correspondencia clínico-epidemiológica y viabiliza la proposición y promoción para que

el médico participe de experiencias y resultados condensados en publicaciones científicas. Por otro lado, favorece el acceso del médico en ejercicio a la evidencia publicada proveniente de los resultados de investigaciones ensayos clínicos aleatorios y metaanálisis, promueve el control de los costos de la atención médica al racionalizar intervenciones diagnósticas y terapéuticas, y finalmente también ha favorecido la actualización permanente del personal médico en ejercicio².

Sin embargo, la MBE también abunda de limitaciones no siempre contempladas, así, desconoce que el sentido común y la experiencia deberían conservar un lugar fundamental en la toma de decisiones. También resulta muy difícil la aplicación de la estadística al individuo, predispone a dudosas extrapolaciones de estudios realizados en otros medios con pacientes diferentes. Además, en términos generales, la medicina clínica habla el lenguaje de los individuos y utiliza el método clínico, mientras que la MBE habla el lenguaje de las poblaciones y utiliza el método epidemiológico. Además, excluye el valor de la experiencia personal (sentido común, prudencia, razonamiento) y los conocimientos, la

individualización del paciente y la incertidumbre de la ciencia clínica, decisivos para definir en un enfermo si se utilizan o no las evidencias obtenidas².

En este complejo contexto de incertidumbre metodológica y para la toma de decisiones inherentes a la experticia médica, la investigación científica concebida desde la formación de grado en los estudiantes de ciencias de la salud, su prolongación y profundización durante la práctica médica, podrá contribuir a identificar y luego mejorar dichas prácticas por encima de las típicas manifestaciones del autoritarismo dogmático que implica la simple adherencia a la MBE. De este modo, el profesional médico podrá confrontar y/o debatir si utiliza o sustituye la popularidad de moda de las estrategias desarrolladas fuera de la medicina clínica con modelos e investigaciones basados en las ideas del juicio clínico, promoviendo siempre a la medicina como ciencia y en constante desarrollo y aprendizaje nutrido desde la investigación científica.

Referencias bibliográficas

1. Fava GA. Evidence-based medicine was bound to fail: a report to Alvan Feinstein. *J Clin Epidemiol.* 2017;84:3-7.
2. Fernández JA. Controversy in evidence based medicine. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2011;10(3):339-47.