

El consenso sobre los consensos: Una mirada crítica

*“Nos desmoralizaríamos si no estuviésemos
sostenidos por ideas falsas”*

Fontenelle (1657-1757)

Hoy manejamos, más que en cualquier época, un volumen asombroso de información médica, y nos enfrentamos diariamente a la necesidad de resolver problemas puntuales acerca del cuidado de nuestros pacientes. Ante esta onerosa carga de incertidumbre, las conferencias de consenso buscan con su producto reflejar el “estándar del cuidado” en un área específica, y esto es particularmente cierto cuando dicho producto intenta explícitamente codificar guías de práctica, como en la mayoría de casos de la última década. El valor principal del consenso, por lo tanto, no es su uso legal, administrativo o publicitario si no su uso en la práctica, y la medida de su éxito es la intensidad con la cual efectivamente incrementa la calidad del cuidado médico.

Ante todo, los resultados de un consenso deben ser creíbles y útiles. La confiabilidad, exquisitamente planteada en el excelente formato propuesto por JAMA para la planificación y presentación de consensos (1,2), descansa en el cumplimiento de algunos requisitos esenciales:

1. La definición clara de los objetivos inmediatos y a largo plazo

2. La selección de los participantes. No sólo en cuanto a la “estatura, pericia e integridad intelectual” (2) de los mismos, si no en cuanto a la posibilidad de que todos los puntos de vista legítimamente diferentes sean presentados y discutidos abiertamente y las opiniones minoritarias reconocidas.

3. La manera como la evidencia es recopilada y evaluada. Este es un punto crítico en el resultado, el cual debe ser categórico en cuanto a su base científica: la opinión, aunque experta, debe estar subordinada

a resultados tangibles de investigaciones metodológicamente válidas y científicamente relevantes, presentados con una calificación de acuerdo al impacto que se desprenda de su nivel de evidencia. En ausencia de dicha evidencia, la opinión de expertos, claramente delimitada y sujeta a discusión como tal, permanece como la única herramienta alternativa para desarrollar una propuesta práctica.

4. El proceso del consenso. Cualquiera que sea el formato escogido para el mismo, sus objetivos deben ser: asegurar la presentación exhaustiva de toda la información relevante, garantizar una discusión balanceada de esta información entre los expertos (usualmente en grupos pequeños donde se enfatizan los hechos mas no las cualidades de persuasión), presentar los acuerdos y desacuerdos a una sesión plenaria, y hacer una incorporación final del consenso desarrollado y sus excepciones a un artículo para publicación.

La utilidad final del consenso quizás sea más una función de su organización y estilo que de su contenido. Esa utilidad se pierde por completo si los resultados publicados son sumamente específicos o demasiado generales, y se desdibuja si la sustentación sobrepasa en exceso a las recomendaciones prácticas.

El seguimiento de estas consideraciones no garantiza al consenso un futuro siempre venturoso, y la controversia viva de la edad para tamizaje de cáncer de seno es una prueba fehaciente de esto (3,4). Las guías finales deben ser sólo eso: guías; y si están idealmente desarrolladas y presentadas deben ser útiles para el mayor número posible de usuarios. Como guías para la práctica médica, *ellas no son la práctica*

médica; y únicamente hasta que el profesional haga su propio juicio de cómo ese paciente en particular debe ser tratado o no tratado, o de que esa prueba diagnóstica sea utilizada o no, podremos considerar que la teoría se convierte en realidad. Los mismos lectores y usuarios deben evaluar la validez y calidad final de los consensos, del mismo modo que lo hacen con toda la literatura médica (5,6).

Referencias

1. Instructions for preparing structured abstracts. JAMA 1995;273:28-30.
2. Olson CM. Consensus Statements: applying structure. JAMA 1995;273:72-73.
3. Woolf SH, Lawrence RS. Preserving scientific debate and patient choice. Lessons from the consensus panel on mammography screening. JAMA 1997;278:2105-2107.

4. Rimer BK. Correlation is not causation. Am J Public Health 1998;88:832-833.

5. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? JAMA 1996;274:570-574.

6. Wilson MC, Hayward RS, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. B. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? JAMA 1995;274:1630-1632.

Fabián Alberto Jaimes Barragán MD. MSc (c)
Profesor Departamento de Medicina Interna
Universidad de Antioquia

Primer Encuentro Nacional de Investigación en Enfermedades Infecciosas -Balance final del evento-

Fue a principios de 1997 cuando, motivados y respaldados íntegramente por la actual Presidencia y Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), nos entregamos de lleno a la organización del Primer Encuentro Nacional de Investigación en Enfermedades Infecciosas. Su realización en Colombia había sido el sueño de muchos y por ello sabíamos de su importancia. Era el espacio natural, tanto tiempo anhelado, en el que todos los investigadores, expertos y aficionados al tema, podrían reunirse para dar a conocer sus trabajos, integrarse y compartir experiencias e intereses comunes. Era también el escenario ideal para promover y estimular el desarrollo de la investigación en el área. Conocíamos los investigadores y los grupos de trabajo más consolidados en el país, sabíamos de otros menos reconocidos, e intuíamos la presencia de algunos desconocidos para muchos de nosotros. Nos propusimos entonces convocar a todos para aprender de ellos lo que cada uno pudiese aportarnos. Ahora, varios meses después de este primer

encuentro, queremos compartir con ustedes algunos datos que revelan la magnitud de la convocatoria y la participación de todos.

Se sometieron al Comité Científico 186 trabajos provenientes de 11 ciudades colombianas: Apartadó, Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Manizales, Medellín, Neiva, Pereira, Popayán y Santafé de Bogotá. De ellos se presentaron 145 durante el evento, en dos sesiones simultáneas, en cualquiera de dos formas, oral o carteles. Los estudios se realizaron en 30 centros diferentes, la mayoría universidades y corporaciones de investigación, pero también participaron instituciones de carácter especialmente asistencial, e investigadores independientes.

Los temas con mayor número de trabajos fueron tuberculosis (20), parasitosis y enfermedad diarreica aguda (14), infecciones por hongos (13), malaria y leishmaniosis (12 cada uno), infecciones nosocomiales (11), virales (11) y respiratorias, incluyendo neumococo (11), VIH/SIDA y otras ETS (10). Al-