

TRADUCCIÓN DEL ARTÍCULO EDITORIAL:

Por qué los médicos utilizan tratamientos que no funcionan

Doust J, Del Mar C. *Why do doctors use treatments that do not work?* BMJ. 2004 Feb 28;328(7438):474-5.

Por muchas razones, incluyendo su incapacidad de quedarse de brazos cruzados y no hacer nada.

Una de las cosas sorprendentes sobre el célebre ensayo de James Lind sobre cítricos para el escorbuto no fue sólo que ignoró la evidencia de su propio estudio, sino que en la práctica clínica continuó promoviendo los tratamientos que él mismo había encontrado ineficaces, incluidos los que contienen ácido sulfúrico (w1). La historia de la medicina está repleta de ejemplos de tratamientos que una vez fueron comunes en la práctica, pero que ahora se sabe que no funcionan, o peor aún, que causan daño. Sólo cuando el cirujano francés Paré se quedó sin aceite descubrió que no cauterizando las heridas de bala con aceite hirviendo causaba mucho menos dolor y sufrimiento (w2). Durante miles de años se han utilizado sanguijuelas y sangrías para casi todo. Los intentos de demostrar que eran ineficaces fueron combatidos con gran pasión por la profesión médica (w3). Más recientemente, hemos utilizado insulina para la esquizofrenia y vitamina K para el infarto de miocardio (1,2). Y si esto nos parece que son estupideces de los malos tiempos pasados, recordemos que hace muy poco tiempo utilizábamos profusamente la Terapia de Hormonal Sustitutiva (THS), un tratamiento que luego demostró no reducir la enfermedad cardiovascular (3). ¿Por qué todavía utilizamos tratamientos ineficaces?

Una razón es que nuestras expectativas sobre los beneficios del tratamiento son demasiado altas. Como dijo Voltaire, “El arte de la medicina consiste en entretener al paciente mientras la naturaleza cura la enfermedad”. O, en lenguaje moderno: la mayoría de los fármacos funcionan sólo en un 30% o 50% de las personas (4). Dado que los pacientes a menudo mejoran o empeoran por su cuenta, no importa lo que hagamos, la experiencia clínica no es un buen juez para dictaminar lo que funciona y lo que no. De ahí la necesidad de ensayos controlados aleatorizados con potencia estadística adecuada.

Una segunda razón es que nos enseña que la medicina se basa en las ciencias, y que una comprensión de la fisiopatología de la enfermedad es esencial para un tratamiento eficaz. Y así es para muchos tratamientos. El uso de insulina para el coma diabético necesita una plena comprensión de la fisiopatología. Del mismo modo, nuestra apreciación de cómo los paracaídas enlentecen la caída libre nos proporciona la suficiente confianza como para no tener que hacer un ensayo controlado de paracaídas frente a no paracaídas (5).

Pero tenemos muchos ejemplos en los que este esquema es erróneo sin estar apoyado sobre pruebas empíricas, porque la complejidad es mayor. Como ejemplos, hasta hace poco se proporcionaban conjeturas simples a los estudiantes de medicina como: 1) las razones fisiopatológicas por las que los betabloqueantes estaban contraindicados en la insuficiencia cardíaca (y sin embargo experimentalmente resultaron ser un buen tratamiento para la insuficiencia cardíaca); 2) por qué un coloide es mejor que un cristaloides para la reposición de líquidos (cuando experimentalmente resultó ser peor); y 3) que es mejor inmovilizar con escayola cualquier fractura del escafoide para facilitar la unión ósea al aumentar el aporte vascular (cuando la movilización activa demostró experimentalmente producir mejores resultados) (6,7). La creencia de Lind en la teoría humoral de la enfermedad le impidió aceptar como una ley sus pruebas con naranjas y limones para curar el escorbuto de los marineros de su barco tras pocos días. Esta misma creencia fue la que impulsó a la profesión médica a rechazar los resultados en contra de la sangría de Pierre Charles Alexandre Louis (1887-1872) (w4).

Incluso, tras pruebas empíricas sin resultado final, podemos dejarnos engañar al fijarnos en el resultado equivocado, al tomar un resultado intermedio por uno final. El fluoruro sódico aumenta la densidad ósea, pero también aumenta la tasa de fracturas (8). La flecainida para el

tratamiento de la taquicardia supraventricular mejora la apariencia del electrocardiograma, pero aumenta la mortalidad, tal como se averiguó después de ensayos clínicos (que algunos consideraron poco éticos) (9).

En los ensayos clínicos diseñados para estudiar los beneficios de un tratamiento, pueden no detectarse los daños graves, que pueden superar a los beneficios moderados. Fue sólo después de la autorización en los Estados Unidos y de la vigilancia post-comercialización cuando se encontró que troglitazona causa insuficiencia hepática, por lo que tuvo que ser retirada (w1).

No nos detendremos en tratamientos ineficaces. Gran parte de las exploraciones clínicas y de las pruebas diagnósticas son más rituales que útiles. Seguimos solicitando exámenes rutinarios de sangre antes de la cirugía, sin ensayos controlados que demuestren beneficio, y varias series de casos demuestran que estas pruebas rara vez cambian los resultados o incluso el manejo (10). Alternativamente, lo que fue antes tal vez útil, ahora se sustituye por una mejor técnica diagnóstica. ¿Cuándo se hizo el último diagnóstico de neumonía mediante la pectoriloquia al susurrar unas palabras al paciente?

A los médicos nos impele la buena voluntad de evitar y aliviar el sufrimiento. Tenemos una tendencia a hacer, y nos resulta muy difícil reflexionar y no hacer. Por ello enviamos los equipos de orientación después de un trauma psicológico, probablemente para empeorar las cosas (11). Parte de la culpa está en la opinión de la sociedad, que considera más reprobables los errores por omisión (no hacer) que por comisión (hacer). ¿Se perdona más el daño cometido por exceso de pruebas que el decidir no buscar algo muy poco frecuente? (12).

¿Qué esperanza hay para no utilizar tratamientos y pruebas que no funcionan? La medicina no es sólo una ciencia, es una actividad humana. Implica rituales, costumbres y expectativas de los médicos, de los pacientes y de la sociedad. Para protegerse contra la atención médica ineficaz o perjudicial necesitamos médicos que quieran hacer lo mejor que puedan por sus pacientes, que estén dispuestos a cuestionar continuamente sus propias actuaciones, y que tengan fuentes de información de fácil acceso sobre lo que funciona.

Razones para el uso de tratamientos ineficaces o perjudiciales

- La experiencia clínica
- La excesiva confianza en variables intermedias
- Historia natural de la enfermedad
- Pasión por el modelo fisiopatológico (eso es erróneo)
- Ritual y mística
- Una necesidad de hacer algo
- Dificultad para formular preguntas
- Expectativas de los pacientes (reales o supuestas)

Jenny Doust investigador, medicina general

Chris Del Mar profesor de medicina general

Centro de Medicina General, Universidad de Queensland, Escuela Médica, Herston, Queensland 4006, Australia

Conflicto de intereses: ninguno declarado

Referencias

1. Jones K. Insulin coma therapy in schizophrenia. J R Soc Med 2000; 93:147-9.
2. Wasserman AJ, Gutterman LA, Yoe KB, Kemp VE Jr, Richardson DW. Anticoagulants in acute myocardial infarction. The failure of anticoagulants to alter mortality in a randomized series. Am Heart J 1966;71:43-9.
3. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288:321-33.
4. Connor S. Glaxo chief: our drugs do not work on most patients. Independent 2003 Dec 8:1.
5. Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2003;327:1459-61.
6. Sjolín SU, Andersen JC. Clinical fracture of the carpal scaphoid— supportive bandage or plaster cast immobilization? J Hand Surg Br 1988;13:75-6.

7. Clay NR, Dias JJ, Costigan PS, Gregg PJ, Barton NJ. Need the thumb be immobilised in scaphoid fractures? A randomised prospective trial. *J Bone Joint Surg Br* 1991;73:828-32.
8. Hagenauer D, Welch V, Shea B, Tugwell P, Wells G. Fluoride for treating postmenopausal osteoporosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4):CD002825.
9. Echt DS, Liebson PR, Mitchell LB, Peters RW, Obias-Manno D, Barker AH, et al. Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide, or placebo. The cardiac arrhythmia suppression trial. *N Engl J Med* 1991;324:781-8.
10. Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technol Assess* 1997;1:1-62.
11. Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *BMJ* 1996;313:1438-9.
12. Feinstein AR. The "chagrin factor" and qualitative decision analysis. *Arch Intern Med* 1985;145:1257-9.

Las referencias adicionales w1-w5 están en bmj.com y son las que aquí abajo se adjuntan

- w1 Lind J. A treatise of the scurvy. In three parts. Edinburgh: A Kincaid, A Donaldson, 1753. HYPERLINK "<http://www.jameslindlibrary.org/>" www.jameslindlibrary.org (accessed 23 Jan 2004).
- w2 Pare A. Apology and treatise (1585). New York: Dover Publications, 1968.
- w3 Lasagna L. The doctor's dilemmas. London: Gollancz, 1962.
- w4 Louis P. Recherches sur les Effets de la Saignee dans Quelques Maladies Inflammatoires. Paris: Ballières, 1835.
- w5 US Department of Health and Human Services. Part 15 hearing. Risk management for prescription drugs. 22 May 2002. HYPERLINK "<http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/02n0115/02n-0115-tr00001.doc>" www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/02n0115/02n-0115-tr00001.doc (accessed 17 Jan 2004).