

EL MÉDICO COMO PLACEBO: ventajas e inconvenientes

En 1987, Kate B. Thomas, de la Universidad de Southampton, realizó un estudio clínico para averiguar si *la actitud del médico es un componente esencial del efecto placebo, más allá de la administración de un comprimido o de la realización de una cirugía ficticia*¹.

Pacientes y métodos.

Teniendo en cuenta que en el 40-60% de los pacientes que acuden a consultorios de medicina general ordinaria, no podría hacerse un diagnóstico firme, se pretendió hacer un estudio clínico sobre este sector. Los pacientes elegibles incluían a los que se presentaban a la consulta con síntomas y sin signos anormales, en los cuales no se podía hacer un diagnóstico definitivo. Las características sociodemográficas y de personalidad no difirieron entre éstos y los otros pacientes no elegibles, que sí pudieron obtener un diagnóstico definitivo.

La muestra se constituyó con los 200 primeros pacientes con síntomas y sin diagnóstico definitivo que fueron vistos por un médico de las 59 consultas de medicina general. Y éstos fueron aleatoriamente asignados a un grupo de consulta positiva con y sin medicamento y otro de consulta negativa con o sin medicamento, según la siguiente tabla 2 x 2 factorial:

	Medicamento placebo		Total
	Sí se añade	NO se añade	
Consulta positiva	50	50	100
Consulta negativa	50	50	100
Total	100	100	200

En las consultas positivas al paciente se le dio un diagnóstico firme y se le dijo con confianza que estaría mejor en unos pocos días. Y dentro de este grupo se les asignó asimismo aleatoriamente a recibir o no la prescripción un medicamento placebo, que consistía en 3 mg de Vitamina B1. A los que recibían la prescripción del placebo se les decía que ciertamente les mejoraría, y a los que no recibían la prescripción del placebo se les decía que no requerían ninguna medicación.

Las consultas negativas consistieron en no dar ninguna garantía firme. El médico decía al paciente: "No puedo estar seguro de qué es lo que le pasa". Si pertenecía al subgrupo de NO medicamento, añadía: "Por tanto no le daré ningún medicamento". Y si pertenecía al subgrupo de SI medicamento, añadía: "No estoy seguro de que el medicamento que voy a dar a usted tenga efecto." Las consultas negativas terminaban comunicando al paciente que volviera al médico si no mejoraba en unos días.

Cuando el paciente volvió a la sala de espera el recepcionista le dijo: "Estamos haciendo un cuestionario de satisfacción de los pacientes esta mañana". Y le pidió rellenara un cuestionario que contenía detalles de la edad y el sexo, pero sin nombre, y que contestara a la pregunta: "¿Ha visto usted al doctor que quería ver hoy?", y a una evaluación subjetiva de satisfacción del paciente con cuatro preguntas diseñadas para estimar el grado de satisfacción del paciente en: Muy bueno, Bueno, Normal o Pobre, sobre dos dimensiones: el contacto médico-paciente y el grado de comunicación. Esta encuesta se basaba en un estudio previo.

¹ Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? Br Med J (Clin Res Ed). 1987 May 9;294(6581):1200-2.

Dos semanas después de la consulta se envió una tarjeta a cada paciente preguntando: 1) ¿Ha mejorado usted?; 2) ¿Cuántos días después de verme pasaron hasta que usted ha mejorado?; 3) ¿Requiere usted algún tratamiento adicional? Los datos recogidos de cada paciente incluían la clase social, la elección de médico, y el número de veces que había sido visto anteriormente por su médico o alguno de sus colegas.

Resultados.

Los cuatro grupos de 50 pacientes se manejaron de la manera descrita. No se encontraron diferencias significativas en la edad, sexo o clase social entre los cuatro grupos. La **Tabla 1** muestra los síntomas más comunes que tenían los pacientes.

Tabla 1: Síntomas más comunes en los 200 pacientes			
Síntoma	Nº de pacientes	Síntoma	Nº de pacientes
Tos	31	Fatiga	8
Dolor de garganta	29	Dolor de tórax	6
Resfriado	16	Congestión nasal	5
Dolor abdominal	16	Dolor muscular	5
Dolor de espalda	10	Dolor de oídos	4
Mareo	9	Dolor de brazo	4
Dolor de piernas	8	Dolor de mama	4
Dolor de cabeza	8	Dolor de cuello	4

La **Tabla 2.a** muestra las respuestas de los pacientes al cuestionario de satisfacción.

Tabla 2.a: Respuestas de los pacientes al cuestionario de satisfacción realizado en la sala de recepción, justo después de salir de la consulta (*)

	Consultas positivas		Consultas negativas	
	Sí placebo	NO placebo	Sí placebo	NO placebo
	Nº respuestas (% / pac que contestan)	Nº respuestas (% / pac que contestan)	Nº respuestas (% / pac que contestan)	Nº respuestas (% / pac que contestan)
1) ¿Ha sido capaz de hablar sobre su problema?				
Muy bien	40 (80%)	44 (90%)	25 (60%)	29 (60%)
Bastante bien	10 (20%)	3 (6%)	13 (31%)	15 (31%)
No muy bien	---	2 (4%)	4 (10%)	4 (8%)
Escasamente	---	---	---	---
2) ¿Cree que el médico ha comprendido su problema?				
Muy bien	43 (88%)	46 (94%)	23 (55%)	25 (52%)
Bastante bien	6 (12%)	3 (6%)	14 (33%)	19 (40%)
No muy bien	---	---	5 (12%)	3 (6%)
Escasamente	---	---	---	1 (2%)
3) ¿Se siente mejor al haber visto al médico?				
Completamente	7 (15%)	10 (21%)	2 (5%)	3 (6%)
En gran parte	21 (44%)	18 (38%)	12 (30%)	10 (21%)
Un poco	14 (29%)	18 (38%)	15 (38%)	12 (26%)
No mejor	6 (13%)	2 (4%)	11 (28%)	22 (47%)
4) ¿Le ha ayudado ver al médico?				
Mucho	23 (79%)	35 (73%)	13 (52%)	10 (30%)
Un poco	4 (14%)	10 (21%)	7 (28%)	10 (30%)
Escasamente	1 (3%)	3 (6%)	2 (8%)	8 (24%)
No del todo	1 (3%)	---	3 (12%)	5 (15%)

(*) No todos los pacientes contestaron el cuestionario. En particular, la última cuestión se añadió al cuestionario después de que la investigación hubiera comenzado.

La **Tabla 2.b** muestra que hubo significativamente más pacientes con satisfacción alta o moderada en las cuatro preguntas del cuestionario, justo al salir de la consulta, en el grupo de “consulta positiva” que en el grupo de “consulta negativa”.

Tabla 2.b: Número de pacientes que expresaron satisfacción alta o moderada en las cuatro preguntas del cuestionario, justo al salir de la consulta, en el grupo de “consulta positiva” frente al “consulta negativa”.

Preguntas del cuestionario de satisfacción	Consulta negativa; nº que responde satisfacción alta o moderada / nº de respondedores (%)	Consulta positiva; nº que responde satisfacción alta o moderada / nº de respondedores (%)	Valor de <i>p</i> para la diferencia
1) ¿Ha sido capaz de hablar sobre su problema?	82/90 (91,11%)	97/99 (97,98%)	< 0,001
2) ¿Cree que el médico ha comprendido su problema?	81/90 (90%)	98/98 (100%)	< 0,001
3) ¿Se siente mejor al haber visto al médico?	27/87 (31,03%)	56/96 (58,33%)	< 0,001
4) ¿Le ha ayudado ver al médico?	40/58 (68,97%)	72/77 (93,51%)	< 0,001

La **Tabla 3** (ver al final) contiene el número de pacientes que mejora de sus síntomas tras una consulta positiva en medicina general frente a una consulta negativa, con o sin adición simultánea en ambos casos de un medicamento placebo. Sus datos muestran que:

1) Hubo una diferencia estadísticamente significativa a favor de los 64/100 (64%) **pacientes que mejoran** del grupo “consulta positiva” frente a los 39/100 (39%) del grupo “consulta negativa”; RR 0,61 (0,46-0,81); RAR 25% (12,47% a 38,83%); **NNT 4 (3 a 8)**; potencia resultante 94,26%. En estos dos grupos, al profundizar en el análisis de sus dos subgrupos: “sin añadir medicamento placebo” y “añadiendo medicamento placebo”, la medida del efecto se mantuvo en ambos subgrupos similar al de la cohorte total, no influyendo por tanto uno más que otro.

2) No hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los 53/100 (53%) **pacientes que mejoran** del grupo “añadiendo medicamento placebo” frente a los 50/100 (50%) del grupo “sin añadir medicamento placebo”; RR 0,94 (0,72-1,23); RAR 3% (-10,51% a 16,67%); NNT 33 (6 a -10). En estos dos grupos, al profundizar en el análisis de los dos subgrupos: “consulta negativa” y “consulta positiva”, la medida del efecto se mantuvo en ambos subgrupos similar al de la cohorte total, no influyendo por tanto uno más que otro.

Con base en otros datos no incluidos en las tablas, la autora informó que: **1)** hubo una alta correlación entre la satisfacción alta o moderada del paciente y la tasa de mejoras, pero no con la recuperación de la enfermedad; **2)** hubo una mayor tasa de mejoría entre los 64/112 (57%) pacientes que veían el médico de su elección y los 40/88 (45%) no lo hicieron; y **3)** de los pacientes que no lograron mejorar, no se encontraron diferencias significativas en las tasas de retorno para ver a un médico entre los que recibieron consulta positiva y consulta negativa.

Tabla 3: Número de pacientes que mejoran de sus síntomas tras una consulta positiva en medicina general frente a una consulta negativa, con o sin adición simultánea en ambos casos de un medicamento placebo.

Thomas KB. B. Br Med J 1987;294(6581):1200-2.	Consulta negativa; nº que responde / nº de expuestos (%)	Consulta positiva; nº que responde / nº de expuestos (%)	RR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Pacientes que mejoran						
Toda la cohorte	39/100 (39%)	64/100 (64%)	0,61 (0,46-0,81)	25% (12,47% a 38,83%)	4 (3 a 8)	94,26%
<i>Sin añadir placebo</i>	18/50 (36%)	32/50 (64%)	0,56 (0,37-0,86)	28% (11,23% a 47,6%)	4 (2 a 9)	79,96%
<i>Añadiendo placebo</i>	21/50 (42%)	32/50 (64%)	0,66 (0,45-0,97)	22% (4,68% a 41,53%)	5 (2 a 21)	59,64%
Pacientes que mejoran						
Thomas KB. B. Br Med J 1987;294(6581):1200-2.	Sin añadir placebo; nº que responde / nº de expuestos (%)	Añadiendo placebo; nº que responde / nº de expuestos (%)	RR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)	Potencia
Pacientes que mejoran						
Toda la cohorte	50/100 (50%)	53/100 (53%)	0,94 (0,72-1,23)	3% (-10,51% a 16,67%)	33 (6 a -10)	6,23%
<i>Consulta negativa</i>	18/50 (36%)	21/50 (42%)	0,86 (0,52-1,4)	6% (-12,17% a 24,75%)	17 (4 a -8)	8,93%
<i>Consulta positiva</i>	32/50 (64%)	32/50 (64%)	1 (0,75-1,34)	0% (-18,24% a 18,24%)	-----	2,50%

CONTRIBUCIÓN POSTERIOR DE LA AUTORA

LA ERRÓNEA ATRIBUCIÓN DE LA CAUSALIDAD Y LA ILUSIÓN DEL CONTROL.

El hecho A es causa del hecho B sólo cuando: Si es A, entonces es B; $[A \Rightarrow B]$

Sin embargo, la mente humana tiene una irrefrenable tendencia a atribuir causalidad entre hechos que están asociados estadísticamente, sin que uno sea causa del otro, de las dos siguientes formas:

1) A y B comparten una causa común C, pero A no es causa de B, ni B es causa de A:

$$[C \Rightarrow A \cap B]$$

2) A y B están asociadas por azar (coincidencia):

$$[\text{Azar} \Rightarrow A \cup \text{NoA} \cup B \cup \text{NoB}]$$

Uno de los errores en la atribución de la causalidad en la clínica es la falacia post hoc:
*Vino a mi consulta con síntomas y le hice un diagnóstico (y/o le prescribí medicinas).
Ahora está mejor, luego mi diagnóstico (y/o mis medicinas) son la causa de su mejoría.*

Si el médico no es consciente de que “su consulta positiva” puede actuar como placebo en 1 de cada 4 individuos con síntomas y sin signos, incurrirá en un sesgo de confirmación, atribuyendo erróneamente a su diagnóstico y/o sus medicinas la causa de la mejoría. Este error de atribución es el origen de la superstición.

En 1994, Kate Thomas, la misma autora de la investigación de 1987, después de expresar las posibles ventajas del médico como placebo, seguidamente nos expresaba los inconvenientes de no saberse placebo así²:

El saberse placebo tiene ventajas:

El efecto placebo del médico general es el poder del médico para que mejore el paciente. Es uno de los más importantes factores en la consulta, aunque es olvidado muchas veces, no reconocido o no aprendido. Una mejor apreciación de este poder podría cambiar las actuaciones en la consulta y podría resultar en fabricar menos enfermedades, prescribir menos medicación si se comprende mejor al paciente en su motivo de consulta.

El no saberse placebo tiene inconvenientes:

Cuando el diagnóstico es dudoso (no puede ser firme), hay una más grande posibilidad de que los médicos prescriban tratamientos sin efecto beneficioso y puedan actuar sólo como placebo. Ahora bien, el éxito aparente de este tratamiento puede equivocar al médico en la creencia de que su diagnóstico fue certero y su tratamiento exitoso. Por ejemplo, cuando un médico prescribe antibióticos para una infección vírica puede “creer” que la recuperación del paciente es debida a su diagnóstico y su tratamiento. Esta ilusión terapéutica es común, apoya erróneos diagnósticos e influye en la actitud frente a la enfermedad en la práctica médica.

ESQUEMA EXPLICATIVO GENERAL INCLUYENDO LAS VARIABLES INTERMEDIAS

El estudio de Kate Thomas nos permite sugerir un esquema explicativo general de buenas prácticas, que incluya además a las intervenciones sobre variables intermedias.

² Thomas, KB. The placebo in general practice. The Lancet, 1994 Oct 15; 344:1066-7.

A) LA BUENA VOLUNTAD SIN ESTAR CONDICIONADA A LA MISIÓN.

100 actuaciones sanitarias hechas con buena voluntad

100/100 actuaciones sanitarias con buena voluntad

Sin estar condicionadas a la competencia, 100 de cada 100 actuaciones sanitarias hechas con buena voluntad podrían ser consideradas como aceptables. El que está en este nivel puede ignorar que confunde la calidad con el simple contaje o registro de actuaciones.

B) LA BUENA VOLUNTAD CONDICIONADA A LA MISIÓN, EN EL ESQUEMA CULTURAL DE ESPAÑA 1970-2015.

100 actuaciones sanitarias hechas con buena voluntad

**25 condicionadas a la Misión
de las intervenciones
sanitarias**

100/100 actuaciones sanitarias con buena voluntad | 25/100 Misión

En esta formulación, las actuaciones sanitarias hechas con buena voluntad están condicionadas al cumplimiento de la misión de las intervenciones sanitarias³. Serían aceptables $100\% \times 25\% = 25\%$; es decir, una de cada cuatro. Las tres restantes pueden ser iguales o peores que no hacer nada, por lo que su coste por incremento de beneficio tiende a infinito.

C) LA BUENA VOLUNTAD CONDICIONADA A LA MISIÓN, EN UN ESQUEMA CULTURAL DE LA SALUD COMO MEDIO PARA UNA VIDA BUENA COMO FIN.

Si profundizamos, la Misión mencionada está condicionada a nuestro entorno cultural, España 1970-2015: a) la reducción de los riesgos es el fin, y b) exigiéndose la erradicación de todo tipo de sufrimiento. Este entorno cultural es a la vez generador y aliviador de angustias para la cohesión del grupo, con un régimen dominante que fomenta su mantenimiento.

³ Grupo evalmed-GRADE. Competencia: Misión vs Culto al trámite, Actividades adiabáticas y Pseudociencia. Pág web evalmed, Ago-2014. Disponible en: <http://evalmed.es/2014/10/03/competencia-mision-vs-culto-al-tramite-actividades-adiabaticas-y-pseudociencia-2/>

Una idiosincrasia de un tipo lógico cualitativamente distinto: a) el fin es la vida buena, b) la reducción de los riesgos graves y moderados es un medio, y c) aceptándose que hay un sufrimiento legítimo, necesario y adaptativo, daría otro resultado, como por ejemplo $100\% \times 25\% \times 80\% = 20\%$; es decir una de cada cinco.