

Del Editor

Medwave. Año XII, No. 2, Febrero 2012. Open Access, Creative Commons.

Controversias en medicina: una oportunidad de aprendizaje

Autor: Miguel Araujo Alonso⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Hospital de Los Andes, Chile; Medwave, Santiago, Chile

Correspondencia: maraujo@medwave.cl

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.02.5308>

Ficha del Artículo

Citación: Araujo M. Controversias en medicina: una oportunidad de aprendizaje. *Medwave* 2012 Feb;12(2) doi: 10.5867/medwave.2012.02.5308

Fecha de publicación: 1/2/2012

Inauguramos con éste una serie de números temáticos, cuyos artículos principales giran en torno a algún tópico que ha generado polémica en la comunidad científica, los clínicos o entre los tomadores de decisión en salud. No es la intención de *Medwave* andar por la vida derribando mitos, pero sí contribuir a que en la discusión y el análisis de temas controversiales se consideren todas las perspectivas, científica, ética o económicamente fundadas.

En el origen de estas controversias suelen encontrarse algunos factores comunes. Uno de ellos es la falta de evidencia científica concluyente. La mayoría de quienes utilizan las revisiones sistemáticas de la colaboración Cochrane se ha enfrentado en más de una ocasión con conclusiones del tipo "no hay evidencia suficiente respecto de...". En alguna de nuestras series hemos citado ya la revisión Cochrane sobre la efectividad del paracetamol¹, que señala: "La evidencia proveniente de ensayos de que el paracetamol tiene un efecto antipirético superior al placebo no es concluyente". ¿Por qué? Quizás porque el único ensayo aleatorizado que ha realizado la comparación, si bien mostró un efecto claramente superior del fármaco sobre el placebo, es apenas uno, pequeño (n=40), y del año 70. ¿Alguien se atrevería, pese a ello, a realizar un nuevo ensayo? En el debate, este fenómeno puede operar en ambos sentidos. Para algunos, las exigencias metodológicas de quienes adhieren a la "medicina basada en evidencias", por ejemplo los revisores Cochrane, son tales que en muchas intervenciones sanitarias potencialmente beneficiosas probablemente nunca encontremos demostración fehaciente de efectividad. Para otros, resulta inexcusable que se utilicen, o que el estado financie, intervenciones no avaladas por ensayos clínicos aleatorizados rigurosos.

Otra razón para las controversias es la magnitud de los efectos y su importancia clínica o para la salud pública. Pese a todos los esfuerzos de los epidemiólogos por aclarar la distinción entre la significación estadística y clínica de un hallazgo, se sigue cometiendo el error de tratarlos como conceptos equivalentes. En un artículo al respecto, Miller² cita un ensayo que comparó una quimioterapia combinada (con mayores efectos adversos)

y una monoterapia para el cáncer de páncreas, cuyos autores señalaron que con la combinación la sobrevida "was significantly prolonged"³, pese a que en la práctica, la mayor sobrevida en el grupo experimental fue de apenas 10 días.

También surgen controversias respecto de los resultados observados en variables intermedias (por ejemplo, en parámetros de laboratorio), y si éstos efectivamente son capaces de predecir que el paciente tendrá una mejor sobrevida, calidad de vida o capacidad funcional. En algunos casos la evidencia indica claramente que sí, por ejemplo, en los tratamientos antirretrovirales la respuesta virológica e inmunológica del paciente predice razonablemente la sobrevida y el riesgo de infecciones oportunistas en los pacientes. Pero en otros casos esta asociación no es tan clara.

Combinando ambos elementos, ya en el tema que nos ocupa, parece válido entonces preguntarse si la reducción media de 2 mmHg en la presión sistólica y de 1 mmHg en la presión diastólica, que se observa en los sujetos normotensos sometidos a una dieta reducida en sal⁴, tiene impacto en su pronóstico cardiovascular y su expectativa de vida, y si ello constituye como señalan los autores de la revisión Cochrane "un efecto significativo y, desde el punto de vista de la población, importante sobre la presión arterial en individuos con presión arterial normal"⁵.

Otra fuente de conflicto tiene que ver con la precaución respecto de los efectos adversos de las intervenciones, no sólo los conocidos, sino también aquellos no demostrados pero "potenciales". En una región de Chile, las percepciones de la comunidad organizada sobre los potenciales daños que puede generar la fluoruración del agua potable han impedido aplicar esta medida preventiva, que sí ha sido implementada en las demás regiones del país, pese a que no existe evidencia epidemiológica que avale la percepción de riesgo. ¿Implica ello que el riesgo no existe? Probablemente no, sabemos que "la ausencia de evidencia" podría explicarse porque realmente no hay efectos, pero también porque el

fenómeno no ha sido suficientemente estudiado, o porque es de baja magnitud y los estudios disponibles no han tenido el tamaño -poder estadístico- suficiente para demostrarlo. Recordemos también la larga búsqueda de evidencia de efectos adversos asociados a las antenas de los celulares, que pese a la ausencia de datos objetivos sigue siendo un fantasma del que los ciudadanos pareciera que debiéramos cuidarnos.

También generan polémica distintas visiones o posturas valóricas respecto, por ejemplo, a la autonomía de los pacientes para participar en las decisiones que afectan a su salud, y cómo se compatibiliza el interés general y el personal.

En ocasiones el problema deriva de distintas apreciaciones sobre la "validez externa" de los hallazgos de la investigación, cuando chocan posturas que defienden que ciertos resultados son perfectamente extrapolables al contexto propio, con otras que sostienen que mientras no existan investigaciones locales, todo está por verse. Esto puede efectivamente ser difícil de ponderar cuando hay factores culturales, genéticos o sociales involucrados.

El análisis de subgrupos en ensayos clínicos ha dado lugar igualmente a interesantes polémicas, como la que derivó de los estudios sobre el uso de la metilprednisolona en el trauma raquímedular, y otras más "sabrosas", como aquella en la que, en el contexto de una polémica con el editor, los autores demostraron que la aspirina sólo era mejor que el placebo en los pacientes que no fueran de signo Geminis o Libra, en los cuales no se observaba beneficio⁶.

Podríamos seguir enumerando situaciones que dan pie a controversias, y ejemplos que nos revelan que los datos objetivos que nos aporta la investigación son una cosa, y cómo los valoramos y qué hacemos con ellos es otra muy distinta.

Invitamos a los lectores a participar de algunas de estas polémicas, y a sacar sus propias conclusiones. Más allá de eso, en *Medwave* creemos que el análisis de estos casos nos ayuda a entender el mundo de la ciencia, y qué podemos esperar de ella.

Referencias

1. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol para tratar la fiebre en los niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. ↑ | [Link](#) |
2. Miller JD. Finding clinical meaning in cancer data. J Natl Cancer Inst. 2007 Dec 19;99(24):1832-5. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Moore MJ, Goldstein D, Hamm J, Figer A, Hecht JR, Gallinger S, Au HJ, Murawa P, Walde D, Wolff RA, Campos D, Lim R, Ding K, Clark G, Voskoglou-Nomikos T, Ptasynski M, Parulekar W; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer: a phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. J Clin Oncol. 2007 May 20;25(15):1960-6. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. He FJ, MacGregor GA. Efecto de la reducción moderada de sal a largo plazo en la presión arterial (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. ↑ | [Link](#) |
5. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane Review). Am J Hypertens. 2011 Aug;24(8):843-53. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Lancet. 1988 Aug 13;2(8607):349-60. ↑ | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.