

?Estirando? la evidencia en medicina



Larry Kaskel Es internista y ejerce en el área de Chicago y es docente en la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern.

Resumen: el autor, un internista con más de 35 años de experiencia y que se califica como ?lipidólogo en recuperación?, argumenta sobre cómo desde una evidencia de efectividad de un tratamiento para una patología en una población de riesgo concreta, se pasa a generalizar ese tratamiento para una población general en bas a argumentos falaces o manipulados

Stretching Evidence in Medicine Abstract: The author, an internist with over 35 years of experience who describes himself as a "lipidologist in recovery," argues how evidence of a treatment's effectiveness for a specific pathology in a particular at-risk population can lead to its generalization to the general population based on fallacious or manipulated arguments.

Soy internista y, en su momento fui lipidólogo con credenciales. He pasado años viendo cómo los "estándares de atención" de la medicina se estiran silenciosamente como cinturillas elásticas. Lo que comienza como una terapia dirigida para un pequeño grupo de pacientes de alto riesgo se expande lentamente hasta que se espera que todos, e incluso su abuela, la tomen. Ese fenómeno tiene un nombre: ?aumento gradual de las directrices?

¿Cómo funciona esto?

El ciclo es simple:

- Un ensayo clínico histórico muestra beneficios en una población de alto riesgo
- Los resultados se presentan como reducciones impresionantes del riesgo relativo.
- Los comités de directrices, a menudo con ?aportes? farmacéuticos, generalizan los hallazgos.
- Con el tiempo, lo opcional se vuelve recomendado, lo recomendado se vuelve estándar y, finalmente, se te considera negligente si no lo aplicas a todos.

El desbordamiento de las directrices es la versión médica del "desbordamiento de la misión". Una vez que lo notas, lo ves en todas partes.

Estudio de caso: la fibrilación auricular (FA)

Los primeros ensayos de warfarina en la FA incluyeron a pacientes mayores con antecedentes de ictus o múltiples factores de riesgo. La reducción del riesgo absoluto (RAR) fue real: entre un 4 % y un 6 % menos de ictus al año, con un NNT de aproximadamente 20.

Tres décadas después. Con la comercialización de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en pleno auge y las puntuaciones CHA₂DS₂-VASc como guía, a prácticamente todos los pacientes con FA, incluso a los de 65 años con hipertensión controlada, se les indica que se anticoagulen. En estos casos de bajo riesgo, la RAR se acerca al 0,5 % anual y el NNT >200. Esto dista mucho de la evidencia original.

Estatinas: de enfermo a sano

El Estudio Escandinavo de Supervivencia con Simvastatina (4S, 1994) salvó vidas, sin duda. Hombres con infarto de miocardio previo, con niveles de LDL por las nubes, fumando como chimeneas. La tasa anual de supervivencia (TAR) fue del 4 al 5 % a lo largo de cinco años.

¿Y ahora? Las directrices han avanzado tanto que a una mujer sana con colesterol límite y un riesgo de ECVA a 10 años del 5 % se le recomienda una prescripción de por vida. En este caso, la tasa anual de recurrencia (TAR) es inferior al 1 % a lo largo de una década, pero la casilla de "atención estándar" sigue marcándose.

Presión arterial y diabetes

Hemos hecho lo mismo con la hipertensión (reducir el umbral a 130/80 de la noche a la mañana creó millones de nuevos "pacientes") y la diabetes (rebautizando a las personas sanas como "prediabéticas"). Cada cambio implica más recetas, más seguimiento y? más miedo.

¿Por qué sucede esto?

Las razones son varias:

- El enfoque del riesgo relativo oculta lo pequeño que es el beneficio real.
- El patrocinio farmacéutico garantiza que las directrices se alineen con lo que se puede facturar y vender
- La medicina defensiva hace que los médicos tengan miedo de perder como consecuencia de reclamaciones y denuncias.
- Los registros médicos electrónicos y las métricas de calidad condicionan la interpretación más amplia de las directrices. **El costo**

La expansión de las directrices medicaliza lo bueno, trata en exceso a los pacientes que son de bajo riesgo desviando recursos de las intervenciones que realmente cambian la situación: la dieta, la actividad y los orígenes infecciosos de las enfermedades crónicas. Es la lenta erosión del sentido común en nombre del los «estándares de atención».

Mi confesión particular

Como "lipidólogo arrepentido", admito que seguí la corriente. Di charlas para farmacéuticas, cité reducciones de riesgo relativas y asentí ante diapositivas de directrices que parecían científicas, pero que subrepticamente expandían sobrepasando su alcance. Me llevó años, y el colapso de la hipótesis del HDL, en darme cuenta de cuánto se había infiltrado en mi propia práctica.

Comentario final

El avance subrepticio de las directrices no es medicina basada en la evidencia. Es estirar la evidencia de la medicina