

VIÑETA DEL ESTUDIO TRASNVERSAL:

“Reversiones” médicas: Prácticas que en ensayos controlados aleatorizados han demostrado no ser mejores que el tratamiento estándar previo

20190611-EstTra 03-17, 7036 art, 3017 ECA, 396 revers méd. Herrera

Herrera-Perez D, Haslam A, Crain T, Gill J, Livingston C, Kaestner V, Hayes M, Morgan D, Cifu AS5, Prasad V. A comprehensive review of randomized clinical trials in three medical journals reveals 396 medical reversals. *Elife*. 2019 Jun 11;8. pii: e45183.

Resumen

La capacidad de identificar reversiones médicas y otras prácticas médicas de bajo valor es una condición previa y esencial sin la cual no podrán llevarse a cabo posteriormente intervenciones que pretendan reducir los efectos adversos (no compensados por los nulos o casi nulos beneficios), ni el gasto en tales prácticas.

Los evaluadores analizaron más de 3000 ensayos controlados aleatorizados (ECA), publicados en tres de las más importantes revistas médicas (*Journal of American Medical Association*, *The Lancet* y *New England Journal of Medicine*), e identificaron 396 reversiones médicas. La mayoría de los estudios (92%) se realizaron en poblaciones de países de altos ingresos. Las categorías médicas más frecuente fueron la Enfermedad Cardiovascular, la Salud Pública/Medicina Preventiva, y la Medicina Intensivista con un 20%, 12% y 11% de las reversiones médicas respectivamente. En cuanto al tipo de intervención, las más frecuentes fueron la medicación (33%), los procedimientos (20%) y las vitaminas y suplementos alimenticios (13%).

COMENTARIO

La misión (telos, fin, propósito) de toda intervención sanitaria es disminuir en una magnitud relevante los riesgos basales graves y moderados de un individuo que forma parte de una comunidad de individuos interdependientes que interaccionan con el ambiente, sin que tal intervención añada riesgos que igualen o superen los de la situación inicial. El resultado del balance entre los **Beneficios** (riesgos evitados) y los **Riesgos** añadidos además debe justificar los **Inconvenientes** y los **Costes (BRIC)**, en el marco de los valores y preferencias del individuo autónomo, e informado hasta garantizar su comprensión, de modo que como razonador práctico pueda tomar la mejor decisión para la “vida buena” de sí mismo y su comunidad. El interés primario de toda intervención sanitaria es “el bien último de este individuo en riesgo grave o moderado, y su comunidad”.

Prasad y col denominaron reversiones médicas a un conjunto de prácticas de bajo valor, porque después de someterlas a ensayos controlados aleatorios, resultan no ser mejores que un tratamiento médico anterior o ser inferiores. Se adivina palmariamente que esto es equivalente a que no cumplen la misión.

Es encomiable el mérito técnico de los evaluadores del presente estudio para encontrar 396 reversiones, tras analizar 3000 artículos. Pero, aguas abajo, es aún mayor el mérito de los autores que investigaron esas 3000 intervenciones, que posteriormente pudieron ser evaluadas. El mérito de estos investigadores comienza con la infrecuente capacidad humana de descubrir la ignorancia, es de decir que, tras una difícil movilización de recursos mentales, de pronto se dan cuenta de que ignoran si la intervención, que sus congéneres creen que funciona, cumple de verdad la misión.

Aguas más abajo, cuando no los intereses creados, nos encontramos con la METAignorancia (ignorar que se ignora), y que pudieron de manifiesto experimentalmente mediante 4 estudios Kruguer y Dunning en 1999¹. La METAignorancia es el obstáculo primordial de las reversiones médicas, porque no se moviliza la capacidad metacognitiva de reflexionar sobre las razones que indujeron la creencia de que algo funciona.

Aguas arriba, saber que algo no funciona es una condición necesaria, pero no suficiente para abandonar su práctica. Lo prueba el estudio transversal que llevaron a cabo Rosemberg y col en 2015, para averiguar el impacto que tuvieron 7 de las primeras recomendaciones de la campaña Choosing Wisely sobre intervenciones de bajo valor. Lo testaron utilizando los datos de Anthem Inc. (la mayor compañía privada de seguro de salud con 18 millones de afiliados), y encontraron que 2 intervenciones habían disminuido, 2 habían aumentado y 3 habían permanecido sin cambios. Consideraron que el resultado era pobre, admitiendo que los enormes esfuerzos de evaluación y de difusión son condición necesaria, pero no suficiente para conseguir los cambios “juiciosos” en las prácticas². A este respecto, Gonzalez señalaba que cambiar una creencia equivocada de que algo funciona, requiere estrategias que incluyan una educación más intensiva, comunicación persuasiva y/o incentivos³.

Con más profundidad, Howard Gardner tras sus investigaciones cualitativas construye un modelo explicativo de siete factores o palancas del cambio; a saber: Razón; Investigación (por el aprendiz); Redescrpciones representacionales; Resonancia emocional; Recursos y recompensas; Sucesos del mundo real; y Resistencias⁴.

¿En cuáles pueden actuar los evaluadores excelentes, que además difunden las excelentes listas de recomendaciones sobre intervenciones de bajo valor?: a) Actúan directamente, con posibilidad de fuerte impacto, en las tres primeras; b) Actúan directa o indirectamente, con posibilidad de moderado o bajo impacto, en la Resonancia emocional, los Recursos y recompensas y los Sucesos del mundo real. Lo más probable es que se produzca un cambio mental cuando los primeros seis factores operan en positivo y las resistencias son relativamente débiles. Sin embargo, cuando las resistencias son fuertes y los otros factores no empujan en la misma dirección es improbable que el cambio mental y conductual se acaben produciendo.

Nuestros retos no son sólo los científicos (la Razón e Investigación, en términos de Gardner), sino los otros cinco. Creer que con los científicos se desprenderá la acción, es un tipo de pensamiento ilusorio, que hemos denominado “ilusión teleológica”⁵.

¹ Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol.* 1999 Dec;77(6):1121-34

² Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, Li C, DeVries A. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med.* 2015 Dec 1;175(12):1913-20.

³ Gonzales R, Cattamanchi A. Changing Clinician Behavior When Less Is More. *JAMA Intern Med.* 2015 Dec 1;175(12):1921-2.

⁴ Howard Gardner. *Mentes Flexibles.* Barcelona. Ed. Paidós transiciones. 2004.

⁵ La “ilusión teleológica” es la creencia de que una intervención llevada a cabo sin haber deliberado para elegir entre los mejores medios conocidos para alcanzar la misión, telos, intención o propósito, lo alcanzará.