

## ACERCA DEL FUNDAMENTALISMO EN LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS Y OTROS PROBLEMAS MEDICOS EMERGENTES

( *Fundamentalismo: exigencia intransigente de sometimiento a una doctrina o práctica establecida* )

Variados son los problemas que enfrenta el ejercicio de la Medicina en la actualidad.

Sólo reseñaremos algunos de ellos.

Como fiel reflejo de la cultura y de nuestro tiempo, impera hoy la ilusoria **búsqueda de la Certeza** en nuestro accionar y en el cuerpo teórico que respalda al mismo.

Alberto Agrest bien lo remarca en una invocación a la Sensatez en un artículo ( *MEDICINA 2011;71:292-95* ) que debiera ser de lectura obligatoria para todo estudiante y profesional de las Ciencias Médicas.

Allí se relata cómo la Medicina envidiando otras Ciencias quiso ser “ dura “ al igual que ellas, y entonces necesitó de los números.

La dificultad radica en que ellos generan una sensación de certeza que la realidad médica, sobre todo clínica, no admite ya que debe aprender a tolerar la incertidumbre.

La “ Gestión de la Incertidumbre “ debe entonces ser una de las tareas primordiales del accionar médico y esto está palmariamente expuesto en el proceso de la evaluación pronóstica, donde deberíamos siempre hablar de probabilidad y nunca de certeza.

Es apropiado recordar la aguda observación del eximio compositor polaco Frédéric Chopin ( 1810-1849 ) quien estando enfermo consultara a tres Médicos y refiriera

*“el primero me dijo que me iba a morir, el segundo que me estaba muriendo y el tercero que ya estaba muerto.....!”*

Agrest va más lejos aún y afirma que en Medicina la certeza “ es un certificado de ignorancia o de insensatez “.

En conexión con lo anterior surge hoy el creciente **fundamentalismo en la aplicación de las Guías**, olvidando que las éstas constituyen una “ hoja de ruta “ o cúmulo de “ verdades operativas “ de enunciación genérica, cuya aplicabilidad al paciente individual requiere flexibilidad y juicio clínico.

Por otra parte, ¿cuál Guía seguir?

Una búsqueda efectuada en Agosto del 2013 en PubMed como “ Guías Prácticas “ de los últimos 10 años arroja.....65.303 citas...!

Además, es habitual observar que varias organizaciones que se basan en los mismos metaanálisis, arriban a conclusiones diferentes.

Esto queda ejemplificado cuando se observa la frecuente discrepancia en las recomendaciones de las diferentes Instituciones, Sociedades o Grupo de Expertos, algunas realmente antológicas como por ejemplo entre la Fuerza de Tarea de los Servicios Preventivos de los EEUU ( USPSTF ), la Sociedad Americana del Cáncer ( ACS ) y la Asociación Urológica Americana ( AUA ).

Para complejizar más aún el tema, en un reciente artículo ( *ARCH.INTERN.MED.* 2012;172 (21 ) *on line* ) se establece que de más de 100 Guías examinadas, menos de la mitad satisfacían los estándares metodológicos de calidad. Los motivos de ello serían fundamentalmente la metodología inadecuada en su confección, la composición limitada y conflictiva de sus paneles y la carencia de revisores externos independientes ( “ peer review “ ).

En la década de 1990, la Medicina basada en la Evidencia surgió como una forma de mejorar y evaluar la atención de los pacientes. Las revisiones sistemáticas de la bibliografía médica, los grandes ensayos controlados con asignación al azar (la mejor forma de evaluar la eficacia de un tratamiento), y los estudios grandes prospectivos (con seguimiento a lo largo del tiempo) son formas de investigación publicadas en la bibliografía médica que pueden ser útiles para proporcionar evidencia sobre pruebas y tratamientos.

Así si bien nadie puede ignorar los beneficios de su aparición, que transformó y revolucionó una práctica repleta de empirismo, hoy es necesario un conocimiento suplementario para jerarquizar y seleccionar la información disponible.

En el caso de las Guías es imperioso **categorizar las mismas** según la fuerza de la Evidencia y en función de la institución o la entidad que la genera, debiendo estar certificadas por organismos gubernamentales y que respondan a normas de calidad, priorizándose las entidades oficiales ( como ser la USPSTF, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica de Inglaterra – NICE – o en nuestro país las Normas del Ministerio de Salud Pública ), por sobre las emanadas de Sociedades o Comités de Expertos ( con sus conflictos de intereses intelectuales, de grupo o peor aún, económicos )

Es conveniente citar que esta rigidez en la aplicación de normas generales puede contribuir peligrosamente con la tendencia creciente a la **Medicalización de la vida cotidiana**.

Actualmente se define la enfermedad ante simples síntomas o signos, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo o posibilidad de padecerla en el futuro.

Es así conocido que con frecuencia se habla de “ pre-enfermedades “.

Cada vez que se realiza un “ etiquetado “ la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento, habitualmente farmacológico.

Por último es imperioso referirnos muy sucintamente a la **Problemática de los Costos y a la Ética en el Gasto Médico** .

Básicamente debemos partir de dos premisas básicas.

Primero, la Problemática de los Costos en Medicina no es sólo un problema financiero o contable sino, y fundamentalmente, un problema Ético.

Así es como un autor ha definido a la Bioética como el “ uso responsable del Poder en Medicina “, también es legítimo modificar la cita y afirmar que Bioética es

*el “ uso responsable del poder.....gastar los recursos..!”*

Segundo, en Salud siempre el recurso que se otorga a un paciente o grupo poblacional se le negará a otros, en base a que el recurso no es extensible al infinito y mas aún, generalmente es insuficiente.

La Ética Médica lleva a que el Médico trate de proporcionar el máximo beneficio que pueda a sus pacientes. Sin embargo como los recursos son escasos, esto

no es por lo general una práctica eficiente ya que para dar el máximo a un paciente se deja de atender a otros.

La Ética Médica debe por tanto ampliarse e incluir el concepto del Bien Común, es decir el bienestar no solamente de un paciente sino de todos, incluyendo los futuros.

En el Mundo el crecimiento del gasto en Salud y su relación con el PBI adquiere características alarmantes.

Esta preocupación debe ser asumida por todos los Médicos, debiendo convertirse entonces en agentes activos en el control del gasto, ya que nuestra responsabilidad no es sólo para con el paciente ( que nos confiara su cuidado ), sino también para con la Sociedad toda.

Una forma práctica y sencilla es asumiendo una **Ética de la “ Evitación del Derroche “**, siendo muchos los ejemplos posibles en la Clínica Médica ( *ARCH INTERN MED 2011;171(15):1388-90* ), y al sólo efecto de citar algunos de ellos :

- *No pedir imágenes en Lumbalgia antes de las seis semanas (salvo déficit neurológico severo-progresivo o severa condición subyacente)*
- *No ECG o otros test de screening cardíaco en asintomáticos de bajo riesgo*
- *No DEXA en mujeres < 65 años ( u hombres < 70 ), sin factores de riesgo*
- *Incluso podemos proponer no efectuar paneles bioquímicos en adultos sanos, salvo lípidos en asintomáticos y glicemia en hipertensos*

Para terminar y cerrando así en círculo adonde comenzáramos estas líneas de opinión :

- tolerar la incertidumbre y evitar el uso inadecuado de la Tecnología
- ser prudente y racional con el uso de las Guías
- evitar la Medicalización excesiva y la prescripción compulsiva
- tener conducta ética en el Gasto del recurso en Salud

Prof. Dr. Jorge A. Manera  
Jefe de Servicio Clínica Médica  
Sanatorio Británico – Rosario – Argentina  
Ex Presidente Asociación Medicina Interna de Rosario ( AMIR )

