

Mitología Médica: Una nueva sección sobre medicina basada en evidencias.

Rodrigo Henríquez.¹

¹ Médico Familiar, Departamento de Docencia Médica e Investigación, Hospital Vozandes Quito.

Correspondencia:
Rodrigo Henríquez
henriquezmd@gmail.com

RESUMEN

Presentamos una nueva sección en la Revista Médica Vozandes, cuyo objetivo es desenmascarar algunos de los “mitos médicos” que se presentan con frecuencia en nuestra práctica clínica. Conceptos e ideas rodeados de un aura de verdad que han sido develados como no verdaderos por la investigación biomédica. Además es una cordial invitación a nuestros lectores para enviar sus propios artículos sobre mitología médica.

Palabras clave: Medicina basada en evidencia, mitos médicos. (Rev Med Vozandes 2011; 22(1):39-41.)



¿Qué es un mito médico?

Son ideas en las que creemos por considerarlas verdaderas, muchas veces obvias, que reproducimos e incluso enseñamos con convicción pero que simple y llanamente no son verdaderas¹. Para comprender mejor el concepto debemos discutir primero algo sobre “lo verdadero”. Para los griegos el término que representaba la verdad era *alétheia*, que significa descubrir o “quitar el velo”. Para descubrir la realidad es necesario contrastar una realidad imaginaria (las ideas que forjamos en nuestra mente) con los hechos efectivos. Si calzan unos con otros hemos descubierto la realidad que los hechos cubrían. Ese es el papel fundamental de la ciencia, hipotetizar, imaginar, inventar y confrontar estos conceptos con los hechos y las observaciones para descubrir la realidad subyacente: la verdad. Para ello es necesario seguir un método, un conjunto de reglas de mediante las cuales el que observa no tome nada falso por verdadero y no aceptar por verdadero sino lo “evidente”, lo que puede someterse repetidamente a prueba².

¿Cómo surgen los mitos médicos?

Los mitos médicos son *memes* –contracción propuesta por Dawkins de la raíz griega *mimeme* que significa imitación. Unidades de cultura autorreplicables, que tienen vida por sí mismos. Saltan de un cerebro a otro mediante imitación. Si un científico escucha o lee una buena idea, la transmite a sus colegas y estudiantes, la menciona en sus artículos y ponencias (¡lo que estamos haciendo al escribir estas líneas!). Si la idea se hace popular, se ha propagado y perdurará por un tiempo indefinido en el acervo cultural humano, cual gen en el genoma de una especie³.

¿Pero qué perpetúa un mito médico como un *meme*? La respuesta está en cómo surgen los mitos. Para que perdure, un mito médico debe tener al menos una característica que le otorgue gran atracción psicológica. Los mitos médicos se desarrollan de varias maneras:

A. La teoría plausible

“Tiene sentido fisiopatológico, entonces, debe ser cierto”.

El mito: La hiperglicemia en los pacientes diabéticos tipo 2 es un factor de riesgo modificable de importantes complicaciones micro y macrovasculares; por tanto, el control estricto de la glicemia en los pacientes diabéticos mejora su pronóstico.

La realidad: El control estricto de la glicemia en la diabetes tipo 2 no reduce la mortalidad. Las complicaciones macrovasculares no se alteran significativamente y el beneficio observado en las complicaciones microvasculares no es clínicamente significativo⁴. No hay diferencias en calidad de vida entre los pacientes sometidos a control estricto de la glicemia (<110 mg/dl) versus los que reciben un control menos estricto (<270mg/dl)⁵. Solo las sulfonilureas y la metformina han demostrado eficacia en reducir las complicaciones macrovasculares a largo plazo y solo metformina reduce la mortalidad; curiosamente este efecto es independiente del control de la glicemia⁶.

B. Negación: “No puede ser cierto”

Es la antítesis de la teoría del dogma. Si no tiene sentido fisiopatológico, entonces no debe ser cierto.

El mito: La deficiencia de vitamina B12 (cianocobalamina) en pacientes con anemia perniciosa no puede tratarse con suplementos por vía oral.

La realidad: La administración oral de 2 mg diarios de cianocobalamina es tan eficaz como la administración mensual de 1 mg intramuscular y podría ser superior⁷.

C. El modelo del dogma

“El ciego guiando a otro ciego”. Si el experto (profesor o tutor) lo dice, entonces, debe ser cierto. Muy frecuente durante nuestra formación clínica y de especialidad. Implica no cuestionar a quienes consideramos “autoridad”.

El mito: La episiotomía mediolateral disminuye el riesgo de problemas por debilidad del piso pélvico (prolapso genital, incontinencia anal y urinaria). Además la episiotomía debe realizarse de forma rutinaria en primigestas porque disminuye el riesgo de desgarros. Se usa rutinariamente durante un parto vaginal asistido y reduce el

trauma neonatal.

La realidad: La episiotomía mediolateral se asocia con mayor dolor perineal y dispareunia a los tres meses postparto comparada con la no realización de episiotomía. A largo plazo las tasas de incontinencia urinaria y anal y de prolapso genital son similares en ambos grupos⁸. En las mujeres que tendrán su primer parto vaginal aumenta el riesgo de desgarros perineales posteriores. Sin episiotomía la dimensión promedio de los desgarros es 2 cm; con episiotomía es 5 cm. Por lo tanto la episiotomía en lo posible debe evitarse, también en primíparas⁹. Además la episiotomía realizada en un parto vaginal asistido se asocia con desgarros de tercero y cuarto grado y no reduce el riesgo de distocia de hombros o trauma neonatal¹⁰.

C. El modelo del perezoso

“Me dijeron que así se hace” o “así lo hacía mi jefe” y “si a él le funcionaba, a mi también me funcionará”.

El mito: Las escalas móviles de insulina son una terapia eficaz y apropiada para manejar la hiperglicemia en el ambiente hospitalario. El corolario es “apréndete una escala y úsala en todos los pacientes que hospitalices con hiperglicemia”.

La realidad: Aunque las escalas móviles de insulina son comunes en el manejo intrahospitalario de pacientes con diabetes parecen no proporcionar ningún beneficio comparadas con otros regímenes como los esquemas 70/30 que incluso han demostrado –en pequeños estudios- ser mejores¹¹.

Las escalas móviles se asocian en unos estudios con un aumento en la frecuencia de episodios de hipoglicemia¹², y en otros no hay diferencias en la frecuencia de hiperglicemia, hipoglicemia o estancia hospitalaria comparados con la medicación rutinaria¹³.

D. Sesgos en las investigaciones o investigadores

Conclusiones generadas por estudios metodológicamente incorrectos, con sesgos de diversa índole, sin brazos de comparación, con sesgos de selección, no aleatorizadas, que utilizan desenlaces surrogantes o combinados, etc.

El entusiasmo de los investigadores puede matizar las conclusiones de sus investigaciones, exagerando los hallazgos que apuntan hacia “el resultado que todos estamos esperando” y tiende a sobrestimar los beneficios y minimizar los riesgos de un tratamiento. Generalmente no desea defraudar al público y ¡mucho menos a los patrocinadores!

F. El modelo de terapia grupal

Lo hago porque “todo el mundo lo hace”.

El mito: El ácido acetil salicílico es eficaz en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes mellitus.

La realidad: Un meta-análisis que incluyó cerca de 10000 pacientes, sobre la eficacia de la aspirina para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, no encontró diferencias significativas entre aquellos que utilizaron aspirina y quienes no¹⁴.

¿Quiénes son los perpetradores y replicadores de éstos mitos?

En la práctica, todos nosotros. Durante nuestra formación: profesores, médicos tratantes, residentes y finalmente los mismos estudiantes, que son los vectores más poderosos para replicar un *meme*.

La única forma de romper con la generación de nuevos mitos es adoptar una estrategia de enseñanza y autoaprendizaje que disminuya las posibilidades de error en nuestra práctica, integre las mejores pruebas provenientes de la investigación científica, la realidad del contexto de trabajo, nuestra experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente: Medicina Basada en Evidencia¹⁵.

Los mitos en medicina son difíciles de combatir, generalmente están rodeados por un halo de verdad, un aura de sabiduría, el sabor de la lógica y el sentido común. La inercia en nuestro conocimiento; replicar sin cuestionar lo aprendido en las escuelas de medicina y considerar nuestra limitada experiencia como prueba suficiente de la validez de un conocimiento son otros factores que contribuyen. La medicina no es una ciencia exacta. Tiene más en común con las ciencias sociales, que requieren una alta dosis de *phronesis* (la “prudencia” aristotélica) y cuya práctica está influenciada por condicionantes sociales y económicos, por la disponibilidad de recursos humanos y materiales, por cuán eficaz sea la comunicación en la relación médico paciente y cómo utilizemos la evidencia generada por la investigación biomédica, nuestra experiencia y los valores del paciente para resolver un problema particular en un paciente en particular. Por lo tanto tal vez varias de las ideas expresadas aquí con el pasar del tiempo dejen de ser reales o “verdaderas”. De su lectura acuciosa y del uso racional de las herramientas de la medicina basada en evidencias depende que no se transformen en nuevos “mitos médicos”.

Referencias

1. Paauw DS. Did we learn evidence-based medicine in medical school? Some common medical mythology. *JABFP* 1999; 12(2):143-149.
2. Muñoz F, Cabrera F. Reflexiones sobre la evidencia en medicina. *Rev Med Chile* 2005; 133:1252-1258.
3. Dawkins R. Memes: los nuevos reproductores. En: *El gen egoísta*. Salvat Editores: Barcelona; 1985:281-298. Traducción al español de la versión original en inglés: “The selfish gene” publicada por Oxford University Press en 1976.
4. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352:837-853.
5. U.K. Prospective Diabetes Study Group. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). *Diabetes Care* 1999; 22:1125-36.
6. Inzucchi SE. Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes. Scientific review. *JAMA* 2002; 287:360-72.
7. Kuzminski AM. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. *Blood* 1998;92(4):1191-1198.
8. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:669-673.
9. Nager CW, Helliwill JP. Episiotomy increases laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:444-450.
10. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2005;112:941-945.
11. Schoeffler JM, Rice DA, Gresham DG. 70/30 insulin algorithm versus sliding scale insulin. *Ann Pharmacother*. 2005 Oct;39(10):1606-1610.
12. Queale WS, Seidler AJ, Brancati FL. Glycemic control and sliding scale insulin use in medical inpatients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 1997 Mar 10;157(5):545-552.
13. Lori M, Dickerson, Xiaobu Ye, Jonathan L. Sack, and William J. Hueston. Glycemic Control in Medical Inpatients with Type 2 Diabetes Mellitus Receiving Sliding Scale Insulin Regimens versus Routine Diabetes Medications: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2003; 1:29-35.
14. De Berardis G, Sacco M, Strippoli GFM, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b4531-b4531.
15. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268(17):2420-2425.