

COMENTARIO EDITORIAL

De la práctica clínica a la investigación

Dificultades y logros en investigación en atención primaria

En la literatura médica es habitual encontrar artículos o comentarios que describen las dificultades que enfrenta el médico al intentar aplicar los hallazgos de los estudios de investigación en su práctica clínica diaria. Más allá de tener que cumplir con los requisitos metodológicos que garanticen la validez interna (no siempre respetados), la posibilidad de generalizar conclusiones se encuentra muchas veces limitada por numerosos factores tales como el tipo de población utilizada, el entorno geográfico, variables socioeconómicas, disponibilidad de recursos tanto técnicos como humanos, etc.

Nosotros somos, por lógicas razones, consumidores obligados de información que proviene de otros ámbitos, pero es interesante plantearnos los motivos por los cuales nos es tan difícil generar información en nuestro medio.

Cuando uno revisa las publicaciones médicas más destacadas nota que el lugar de origen de la mayoría de los trabajos es de países como EEUU, Canadá, Inglaterra, países escandinavos y otros países europeos como Francia y España. En todos ellos existe, en mayor o menor medida, una *cultura de investigación* originada en diferentes sistemas de educación y sustentada por organismos gubernamentales, u otros entes oficiales públicos o privados.

En nuestros países existen pocos organismos que sustenten actividades de investigación clínica y permitan de esta manera estimular su crecimiento. Enumerando las distintas razones que dificultan su desarrollo en nuestro medio, el hecho de no contar con fuentes de financiación genuinas es, sin lugar a dudas, una de las más importantes. Pero no es la única.

Generar una cultura de investigación requiere no solo de sustento económico sino también de cambios culturales en quienes son los responsables de la educación médica, de la dirección de las organizaciones e instituciones de salud y de las distintas especialidades, como así también de cambios en cada uno de nosotros individualmente.

En muchos ámbitos parece existir escaso interés por las actividades de investigación, y la dificultad de llevarlas a cabo, la falta de financiación y el costo son argumentos convincentes para no apoyarlas o no realizarlas. Es importante comprender que la investigación clínica no se refiere exclusivamente a complejos estudios multicéntricos o complicados ensayos clínicos controlados. El primer paso, antes de investigar cualquier hipótesis, es planificar estudios descriptivos que brinden información útil y práctica que nos permita conocer las distintas realidades en las que trabajamos. En la mayoría de los casos, este tipo de estudios tiene presupuestos modestos y solo requieren una correcta aplicación de la metodología y la disponibilidad de datos de buena calidad. Lamentablemente, este último no es un detalle banal ya que habitualmente carecemos de adecuada formación en el área metodológica, aunque tampoco es necesario ser un eximio epidemiólogo para plantearse ideas novedosas y bosquejar un protocolo inicial de estudio que sirva de base y sobre el cual profundizar posteriormente. Habitualmente lo más difícil es lograr plantear una pregunta que sea relevante y pueda ser respondida con un estudio válido y factible.

También carecemos de información de buena calidad y esto señala que uno de los objetivos para el cual tenemos que trabajar más intensamente en el nivel que corresponda es en el diseño de sistemas para registrar y obtener la información que necesitamos en forma práctica y confiable.

Otro de los temas a tener en cuenta es el tipo de eventos o resultados que podemos estudiar en atención primaria. Muchos sostienen que la falta de resultados "duros" como mortalidad, eventos vasculares, internaciones, etc, hacen menos atractivos los proyectos generados en el ámbito ambulatorio. No hay que perder de vista que más del 90% de la actividad asistencial se produce en este ámbito en el que, afortunadamente, los eventos llamados duros son infrecuentes. Los fenómenos que intentamos estudiar en atención primaria son los que se relacionan con la calidad de vida, los distintos determinantes de la respuesta a las intervenciones habituales, la calidad de la atención médica, la distribución de factores de riesgo y las características de la población, la utilización de los recursos y la planificación de necesidades, etc.

Esto nos enfrenta con el desafío de plantearnos interrogantes que surjan directamente de nuestra actividad cotidiana, y poder evaluar nuestra práctica, basada muchas veces en usos, costumbres y experiencias no validadas por estudios clínicos. En algunos casos, estos no se han realizado por distintas razones: impracticidad, dificultades logísticas, consideraciones éticas, etc.; pero en muchos otros casos los estudios no se realizan simplemente porque la intervención ya forma parte del cuerpo de prácticas usuales de los médicos. En general, resulta más fácil incorporar a la práctica clínica una nueva intervención, sobre todo cuando se basa en investigaciones que aportan evidencia de buena calidad, que desterrar de la práctica clínica una intervención "consagrada" por la experiencia y los años. Si es difícil discontinuar intervenciones con fuerte evidencia sobre riesgos adversos tales como el uso de encaína y flecaína para el tratamiento de las arritmias post-infarto agudo de miocardio, de acuerdo a las conclusiones del Estudio CAST, más difícil será discontinuar intervenciones que a pesar de no estar validadas por estudios rigurosos, han demostrado ser al menos suficientemente inocuas como para no generar alarmas en la comunidad médica. Este es el caso de una innumerable cantidad de fármacos o prácticas que recomendamos habitualmente a nuestros pacientes tales como el uso indiscriminado de vitaminas y antioxidantes, "vasodilatadores cerebrales", drogas "flebotrópicas", fisioterapia para todo tipo de dolores reumáticos, etc. También este parece ser el caso de las sales de magnesio para el tratamiento de los calambres musculares nocturnos.

En este número de EVIDENCIA, se comenta un trabajo publicado en el Journal of Family Practice sobre el uso de sales de magnesio para el tratamiento de los calambres nocturnos.¹ En nuestro país, así como en algunos países de Latino América y Europa, el magnesio es uno de los tratamientos estándar para esta afección común de la gente mayor. Numerosas experiencias pequeñas no controladas, reportes anecdóticos y opiniones de expertos de diversas especialidades, consagraron este trata-

miento sin prestar atención a las evidencias proveniente de ensayos clínicos aleatorizados sobre la eficacia de la quinina en el tratamiento de los calambres musculares nocturnos. Sin dudas, el magnesio resultaba muy atractivo para el tratamiento de este síndrome por tener sólidas bases biológicas -en función de la acción del magnesio sobre la estabilización de membranas celulares-, que apoyaban su potencial eficacia, escasos efectos adversos, bajo costo y un uso ya extendido (pero no validado) en la práctica clínica. A pesar de su destino promisorio, el magnesio no demostró ser eficaz como tratamiento de los calambres musculares nocturnos. Por lo tanto, no debiéramos recomendar este tratamiento a nuestros pacientes con este problema.

Las conclusiones de este trabajo debieran hacernos reflexionar sobre un aspecto conceptual de la práctica clínica. A diferencia de la mayoría de las especialidades, en donde la investigación clínica se nutre fundamentalmente de fuentes biológicas diversas, la investigación clínica en el ámbito de la atención primaria se nutre fundamentalmente de la misma práctica asistencial. La "evidencia basada en la experiencia" co-

mo validación de nuestro accionar puede ser lo único con lo que contamos, pero no es suficiente como para justificar plenamente nuestras intervenciones sin tener al menos un espíritu crítico que nos impulse a revisar permanentemente nuestra práctica. Este es un buen ejemplo de un estudio que confronta una práctica contra la rigurosidad de un ensayo clínico bien diseñado que contó con un gran entusiasmo por parte de sus autores, un presupuesto muy modesto y fundamentalmente una excelente oportunidad de demostrarnos como se puede hacer investigación en atención primaria de muy buen nivel revisando críticamente una práctica de "todos los días".

Para jerarquizar la actividad de investigación clínica en atención primaria es necesario que contemos con fuentes de financiación públicas o privadas que sean capaces de evaluar propuestas, que seamos capaces de desarrollar proyectos útiles y relevantes para cada lugar de trabajo, que mejoremos la calidad de los registros y que se generen el espacio y los recursos que permitan iniciar proyectos colaborativos, lograr el apoyo metodológico necesario y estimular la formación de recurso humano.

Dr. Fernando Rubinstein - Dr. Adolfo Rubinstein

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. Magnesium for the Treatment of Nocturnal Leg Cramps. A Crossover Randomized Trial

Frusso R, Zárate M, Augustovski F and Rubinstein A. J Fam Pract 1999 (Nov); 48: 868-871

El Comité Editorial de la Revista Evidencia en Atención Primaria agradece a todos nuestros lectores y les desea un **Feliz Año 2000**