



OPINIÓN

Evidencia, Elocuencia y Vehemencia

Ramasco Rueda F.

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Un hecho incontestable, en una época como ésta marcada por la medicina basada en la evidencia, son las grandes diferencias en la práctica clínica no sólo entre países, también entre ciudades e incluso dentro de un mismo hospital. Y esto se produce también en todo lo relacionado con la infección del paciente crítico. Por eso es estimulante leer algo que se sale de lo políticamente correcto y que nos da una visión diferente de las cosas, poniendo en cuestión los dogmas "con pies de barro" establecidos.

Hace unos meses el grupo de Mervyn Singer publicó un artículo interesantísimo planteando, desde una perspectiva diferente, algunos de los problemas más importantes de la infección en las unidades de cuidados intensivos.

La premisa del artículo es la acepción como dogmas, y la instauración como prácticas políticamente avaladas, de estrategias sobre las que, como mínimo, y si aceptamos la medicina basada en la evidencia como paradigma, existe la misma evidencia tanto a favor como en contra, o la que existe es pobre.

El establishment adopta una serie de patrones que se adaptan a sus creencias, o quizá al sentido común, y todo lo que se sale de eso es anatemizado, o simplemente no se menciona u oculta.

Eso no implica mala intención, sino que es un producto de los tiempos y del aumento de la infección hospitalaria, con el consumo de recursos correspondiente. En un intento de mejorar se cae en la ortodoxia intransigente.

Introducción

Un hecho incontestable, en una época como ésta marcada por la medicina basada en la evidencia, son las grandes diferencias en la práctica clínica no sólo entre países, también entre ciudades e incluso dentro de un mismo hospital. Y esto se produce también en todo lo relacionado con la infección del paciente crítico.

Por eso es estimulante leer algo que se sale de lo políticamente correcto y que nos da una visión diferente de las cosas, poniendo en cuestión los dogmas "con pies de barro" establecidos.

Hace unos meses el grupo de Mervyn Singer publicó un artículo interesantísimo ([PubMed](#)) ([pdf](#))

planteando, desde una perspectiva diferente, algunos de los problemas más importantes de la infección en las unidades de cuidados intensivos.



La premisa del artículo es la acepción como dogmas, y la instauración como prácticas políticamente avaladas, de estrategias sobre las que, como mínimo, y si aceptamos la medicina basada en la

evidencia como paradigma, existe la misma evidencia tanto a favor como en contra, o la que existe es pobre.

El establishment adopta una serie de patrones que se adaptan a sus creencias, o quizá al sentido común, y todo lo que se sale de eso es anatemizado, o simplemente no se menciona u oculta.

Eso no implica mala intención, sino que es un producto de los tiempos y del aumento de la infección hospitalaria, con el consumo de recursos correspondiente. En un intento de mejorar se cae en la ortodoxia intransigente.

En el artículo de Singer se citan muchos ejemplos. Veremos por encima algunos de ellos:

1. El retraso y el desacierto en la terapia antibiótica en el paciente crítico aumenta la mortalidad.

En el artículo se nos hace ver que los artículos fundamentales en los que se basa esta estrategia son retrospectivos, y que las cifras de aumento de la mortalidad por cada hora que pasa en el más famoso de ellos cuanto menos sorprendentes, ya que hay la misma cantidad de artículos en los que el retraso no tiene consecuencias.

En la práctica clínica habitual los cultivos no están como pronto hasta las 36 horas, momento en el que se cambia la terapia antibiótica, y muchos de los pacientes sobreviven.

Se cuestiona esta estrategia en los pacientes más sanos y en los gravemente enfermos.

Quizá en estos no es tan importante el retraso en el tratamiento antibiótico y sí otras medidas.

Sobre el acierto o no a la primera, en muchos trabajos el desacierto no conlleva un aumento de la mortalidad, como sucede en el artículo de Montravers, objeto de una anterior [entrada](#) en este blog. Se pone un ejemplo muy interesante en el artículo que comentamos: el único ensayo comparando dar y no dar tratamiento antibiótico, algo imposible hoy en día.

En 1.938 se administró sulfamidas a un grupo de pacientes con neumonía comunitaria y a otro no se le administró antibiótico. La mortalidad fue de un 8% en el grupo con sulfamidas y en el de no antibiótico de un 25%. La cuestión no es la disminución de la mortalidad, si no que las tres cuartas partes sobrevivieron sin antibiótico, cuando la mortalidad de la neumonía comunitaria hoy en día, con todo nuestro arsenal antibiótico, es del 15% ^{1,2,3,4,5}.

2. Duración del tratamiento antibiótico.

En el artículo literalmente se dice “*Es triste que después de 40 años, los médicos dedicados a los cuidados intensivos, microbiólogos e infectólogos no hayan conseguido conocer la duración óptima de la terapia antibiótica para una infección standard*”.

La duración recomendada es de 7 a 10 días, excepto para patologías como la endocarditis o la osteomielitis. Sin embargo, en la práctica real la duración es mucho mayor, cuando parece que la “*evidencia*” indica que son necesarios incluso menos de 7 días en la mayoría de las infecciones.

3. Higiene de manos y aislamiento físico.

Sin detenernos en profundidad, se comenta cómo los guantes pueden

provocar un aumento de la transmisión de infecciones puesto que las manos desnudas tienen más poder anticontaminación. O cómo las soluciones alcohólicas para las manos son bactericidas pero no matan a todos los microorganismos y pueden seleccionar de hecho algunos de ellos. A modo de ejemplo, en Inglaterra la introducción de esas soluciones y la generalización de los inhibidores de la bomba de protones aumentó la incidencia y la mortalidad por *Clostridium difficile*. Por otro lado, el aislamiento físico de los pacientes con gérmenes multiresistentes como el SAMR no ha demostrado beneficio, e incluso puede provocar menor atención al paciente ⁶.

4. *Descontaminación intestinal.*

Quizá sea de los ítems con mayor “evidencia” dada la multitud de estudios favorables. Sin embargo, su aplicación en la práctica es muy limitada.

5. *Bacteriemias por catéter.*

Los artículos de Peter Pronovost en el [New England](#) describían una disminución de las bacteriemias relacionadas con el catéter de 2,7 por 1000 días de catéter a prácticamente cero, en el estado de Michigan, aplicando un paquete de medidas simples.

Las críticas de los articulistas se basan en que no se evaluaba el cumplimiento/adherencia a las medidas (se suponía que se aplicaban), no se recogían datos microbiológicos (muy sorprendente), y no había datos de reducción de mortalidad.

Sin embargo, medidas como la bacteriemia cero o la neumonía cero han sido adoptadas por los dirigentes sanitarios como sagradas.

Conclusión

El mensaje de este artículo no es nihilista, ni descorazonador. Todo lo contrario. Es recomendable que haya una política de actuación contra la infección.

Las guías son buenas, como hemos explicado en otras entradas, porque generalizan el conocimiento. Es normal que exista una corriente de pensamiento predominante, y que esa filosofía se aplique mayoritariamente en el día a día. Sobre todo si no implica un claro perjuicio para el paciente, y si hay un más que posible beneficio.

Lo que es perjudicial es el dogmatismo, el ocultar las opiniones disidentes, el escudarse en la evidencia (que no existe de alto grado) utilizando la vehemencia o la elocuencia.

Yo mismo estoy a favor de la corriente dominante, creo en los paquetes de medidas (Peter Pronovost es uno de mis ídolos), y en la precocidad y la necesidad de acertar a la primera con el tratamiento antibiótico. Pero puedo estar equivocado, y eso debo tenerlo siempre presente.

Es interesante, real y divertida la cita del artículo sobre los grados reales de evidencia que se aplican en la práctica clínica (tabla 1) ⁷.

Tabla.-Grados de evidencia en la práctica clínica

- Clase 0:** *Cosas en las que yo creo.*
- Clase 0a:** *Cosas en las que yo creo a pesar de los datos disponibles.*
- Clase 1:** *Ensayos clínicos randomizados que están de acuerdo con las cosas que yo creo.*
- Clase 2:** *Otro tipo de datos prospectivos (no ensayos).*
- Clase 3:** *Opinión de expertos.*
- Clase 4:** *Ensayos clínicos randomizados que no están de acuerdo con lo que yo*

creo.

Clase 5: *Cosas en las que no creo.*

Bibliografía

(La bibliografía del artículo es sensacional, sólo he puesto alguna como ejemplo, y he añadido la 3 por ser muy reciente, y la 4 por su relevancia en nuestro medio)

1.- Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, Suppes R, Feinstein D, Zanotti S, Taiberg L, Gurka D, Kumar A, Cheang M. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med.* 2006 Jun;34(6):1589-96. ([pubmed](#))

2.- Scarsi KK, Feinglass JM, Scheetz MH, Postelnick MJ, Bolon MK, Noskin GA. Impact of inactive empiric antimicrobial therapy on inpatient mortality and length of stay. *Antimicrob Agents Chemother.* 2006 Oct;50(10):3355-60. ([pubmed](#))

3.- Puskarich MA, Trzeciak S, Shapiro NI, Arnold RC, Horton JM, Studnek JR, Kline JA, Jones AE; Emergency Medicine Shock Research Network (EMSHOCKNET). Association between timing of antibiotic administration and mortality from septic shock inpatients treated with a quantitative resuscitation protocol. *Crit Care Med.* 2011 Sep;39(9):2066-71. ([pubmed](#))

4.- Augustin P, Kermarrec N, Muller-Serieys C, Lasocki S, Chosidow D, Marmuse JP, Valin N, Desmots JM, Montravers P. Risk factors for multidrug resistant bacteria and optimization of empirical antibiotic therapy in postoperative peritonitis. *Crit Care.* 2010;14(1):R20. Epub 2010 Feb 15. ([pubmed](#))

5.- Evans GM, Gaisford WF. Treatment of pneumonia with 2-(p-aminobenzene-sulphonamido)pyridine. *Lancet* 1938; ii: 14-9. ([html](#))

6.- Office for National Statistics. Clostridium difficile: deaths continue to decrease (14 July 2010, date last accessed). ([html](#))

7.- Bleck TP. Different rating scale could be used. *BMJ* 2000 ; 321:239. ([pubmed](#))

Correspondencia al autor

Fernando Ramasco Rueda

gorria66@gmail.com

FEA. Anestesia y Reanimación.

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 23 de enero de 2012](#)