

# Hacia una cultura epidemiológica en la práctica clínica

## *Towards an Epidemiological Culture in Clinical Practice*

GIANNI TOGNONI<sup>1</sup>

No es necesario enfatizar sobre de la importancia del Registro Epi-Cardio (1) respecto de su metodología y primeros resultados. El haber logrado que 100 unidades de cuidados intensivos cardiovasculares funcionen progresiva y exitosamente como una amplia red orientada hacia el resultado epidemiológico en la práctica diaria debe ser visto como un evento cultural y de salud pública más que como un logro tecnológico y operativo.

La ventaja específica del Registro Epi-Cardio radica en el contexto en el cual fue desarrollado, al reconocer oficialmente que la dimensión de la epidemiología clínica es un componente integral y permanente de la atención médica.

La práctica médica de rutina se convierte no sólo en el lugar donde se aplican el conocimiento y las recomendaciones existentes, sino que se la concibe como una oportunidad y una herramienta fácil, y permanentemente disponible, para producir el conocimiento original de la eficacia. De esta manera, resulta más accesible y evidente transferir la evidencia, que es controlada y poco representativa, hacia el resultado en todas las poblaciones no seleccionadas. Nada puede ser mejor ni más apropiado para un país como la Argentina que, habiendo acumulado una experiencia realmente envidiable en el campo de la cardiología durante más de 20 años de activa participación y organización de ensayos clínicos nacionales e internacionales, ha sido sólo un protagonista ocasional, si bien original, de los proyectos epidemiológicos orientados a describir no sólo lo que sucede, sino a explorar también sus causas. La serie de trabajos producidos por el grupo que condujo el estudio CARMELA (2-4) puede considerarse como una experiencia paradigmática.

Epi-Cardio parece ser específicamente interesante como un modelo no sólo para las unidades de cuidados cardiovasculares, sino también para otras áreas de cuidados intensivos (UTI), e incluso ser más importante para la atención de enfermedades crónicas que precisan y se beneficiarían con el aporte de grupos que, trabajando en mutua colaboración, toman la responsabilidad de superar la situación sumamente fragmentada de un sistema de salud en el cual resulta difícil implementar un plan de salud nacional supervisado.

Los resultados publicados en este número de la RAC (1) están específicamente concentrados en la do-

cumentación de la metodología y en las herramientas operativas del sistema Epi-Cardio, que parecen ser confiables y flexibles debido al espectro de datos que pueden recogerse por tratarse de un programa “amigable” que se encuentra disponible para permitir una participación más amplia, así como el análisis en tiempo real y el uso de los datos. Es muy poco lo que se puede agregar a los comentarios sobre los resultados dados por los autores, que parecen estar más orientados a documentar de manera descriptiva el espectro de problemas que pueden ser supervisados y analizados que a proponer la discusión de temas específicos.

Posiblemente sea más estimulante reflexionar sobre la originalidad potencial de esta base de datos prospectiva, generada y administrada por cardiólogos, comparándola con otras que son traducidas cada vez más como contribuciones científicas en las revistas de cardiología más importantes (véase la sección *ad hoc* habitual en *Circulation*).

El principal propósito de las bases de datos basadas en la práctica clínica debería ser el desarrollo y la aplicación concreta de una cultura epidemiológica en los médicos clínicos, tradicionalmente centrada en pacientes y enfermedades. La epidemiología tiene que ver con lo que les sucede a las historias de las poblaciones cuando atraviesan enfermedades. Cuando la epidemiología se aplica a los contextos reales de la vida y la atención médica, contribuye específicamente a que la variabilidad y la heterogeneidad de tales historias (y sus resultados) se tornen evidentes mientras interactúan con la variabilidad de los contextos de la vida y los entornos asistenciales.

Esta inclinación hacia una epidemiología con raíces clínicas, si bien no se contradice, no concuerda con la “otra” epidemiología, la administrativa, cuyos intereses y fines son los procedimientos, las conveniencias, los análisis de costo-beneficio y la evaluación global de la carga asistencial.

Epi-Cardio podría y debería producir prácticamente toda la información administrativa (y algunos de los resultados ya señalan claramente esa dirección), ya que los equipos médicos requieren competencias administrativas, especialmente en áreas con altos costos de atención. En el análisis general cabe preguntar cuáles son los desafíos más importantes de la investigación, y

también los menos explorados, desde el punto de vista epidemiológico y clínico, para convertirse en el centro de un recurso en el que los clínicos y los pacientes son los protagonistas (y los administradores y los procedimientos son las “variables dependientes”).

Algunos ejemplos:

¿Es posible evaluar el impacto de la atención médica en diferentes contextos de accesibilidad y opulencia, con el fin de modificarlo y no sólo describirlo y medirlo? ¿Qué proporción de morbilidad y mortalidad se podría evitar en los distintos estratos según la edad y/o la enfermedad, no sólo a nivel nacional o global, sino en los contextos “locales” específicos? ¿Se podría usar sistemáticamente la información documentada que compara el grado y las características de la variabilidad epidemiológica (y no sus indicadores “medios”) para el seguimiento de la calidad de la atención en programas de educación e información permanentes para profesionales y “usuarios”, en lugar de otorgar puntajes buenos o malos?

¿Se podrían incluir en las tradicionales bases de datos clínicos las variables socioeconómicas (de manera sistemática o periódica, y/o en submuestras predefinidas de poblaciones índice) para usarlas como herramientas dirigidas a mejorar las estrategias de la atención médica (es decir, personalizarlas de una manera simétrica y complementaria a la utilización de los biomarcadores)?

Epi-Cardio fue desarrollado en un país que es un modelo de desigualdad en la disponibilidad y la distribución de los recursos humanos, tecnológicos y económicos, por lo que podría convertirse en un modelo

de esfuerzo colectivo dirigido a la reinterpretación de los escenarios epidemiológicos “globales” que, tanto en el país como en la bibliografía internacional, continúan siendo el paradigma dominante, asegurando su objetividad: de hecho, los datos “duros” de morbilidad y mortalidad desorientan en gran medida para la planificación en los entornos en los que los protagonistas son los médicos clínicos y las poblaciones reales. Epi-Cardio es un logro importante, proporcional a su capacidad de promover la cultura tanto dentro como fuera del área de la cardiología.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gagliardi JA, de Abreu M, Mariani J, Silberstein MA, De Sagastizábal DM, Salzberg S y col. Motivos de ingreso, procedimientos, evolución y terapéuticas al alta de 54.000 pacientes ingresados a unidades de cuidados intensivos cardiovasculares en la Argentina. Seis años del Registro Epi-Cardio. *Rev Argent Cardiol* 2012;80:446-54. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v80.i6.509>
2. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, et al; CARMELA Study Investigators. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008;121:58-65.
3. Pramparo P, Schargrodsky H, Boissonnet C, Marcet Champagne B, Silva H, Acevedo M, et al. Cardiovascular risk factors for heart disease and stroke in women by age and time since menopause, in seven Latin American cities: The CARMELA study. *CVD Prevention and Control* 2008;3:181-9.
4. Pramparo P, Boissonnet C, Schargrodsky H, por los investigadores del estudio Carmela. Evaluation of Cardiovascular Risk in Seven Cities in Latin America: The Main Conclusions of the CARMELA Study. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:377-82.