

Archie Cochrane, cofundador de los ensayos clínicos controlados y de la medicina basada en la evidencia

Dr. Pedro J. Grases Galofré*

RESUMEN

En un encuentro en una Sesión Científica que tuvo lugar ya hace unos años en Barcelona, tuve la oportunidad de conocer a un médico investigador de nombre Xavier Bosch que nos dio una Conferencia sobre el Dr. Archibald (Archie) Cochrane. Conocidas eran las aportaciones de Cochrane, como cofundador de Los Ensayos Clínicos Controlados y de la Medicina Basada en la Evidencia. Bosch tuvo un fructífero contacto con él durante su permanencia en California, al extremo de que regresó a España y publicó un libro con el título “Archie Cochrane - Back to the Front”. Me propongo relatar lo que significó para mí este afortunado encuentro.

Palabras clave: *Ensayos clínicos controlados, medicina basada en la evidencia, valoración del riesgo, servicios de salud pública, Cochrane Library, International Cochrane Collaboration. Aplicación de avances a escala mundial.*

SUMMARY

In a scientific meeting that took place a few years ago in Barcelona, I had the opportunity to meet a research physician named Xavier Bosch who gave us a Talk on Dr. Archibald (Archie) Cochrane. The contributions of Cochrane were known as co-founder of Controlled Clinical Trials and Evidence-Based Medicine. Bosch had a fruitful contact with him during his permanence in California, to the point that he returned to Spain and

published a book with the title “Archie Cochrane - Back to the Front.” I intend to relate what this fortuitous encounter meant to me.

Key words: *Controlled clinical trials, evidence-based medicine, risk assessment, public health services, Cochrane Library, International Cochrane Collaboration, limitations for the application of these advances worldwide.*

Conflicto de Interés: El autor deja constancia expresa de la ausencia de conflicto de interés del presente escrito.

INTRODUCCIÓN

Al inicio de la primavera del 2002 en Barcelona, tuve el privilegio de asistir a una sesión de la Sociedad Catalana de la Historia de la Medicina, para escuchar una charla del ponente y buen amigo Dr. Xavier Bosch sobre “Archie Cochrane”. Señalar que Xavier Bosch (1) es un destacado epidemiólogo catalán con numerosas aportaciones, entre las que se cuentan el papel etiopatogénico del virus papiloma humano en el cáncer de cuello uterino. Es además autor de un delicioso libro intitulado “**Archie Cochrane - Back to the Front**” (2). Esta obra me sirve ahora para complementar mis notas sobre lo que expuso en la charla aludida.

* Miembro Correspondiente Extranjero. Academia Nacional de Medicina Puesto N° 5
Email: pedrograses@outlook.com

Los Inicios

La historia comienza en Los Ángeles (California) en 1978 cuando a Bosch se le presenta la oportunidad de conocer a Archibald Cochrane, conocido como Archie, en una reunión de colegas convocada para agasajarle. Archie para ese entonces era reconocido como un destacado epidemiólogo y un entusiasta promotor del concepto de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, como la única manera de convertir el arte de la actuación médica, en una disciplina basada en razonamientos científicos (Figura 1).

A partir de ese momento se inicia un proceso que culmina en una estrecha relación personal de admiración mutua coincidiendo con el paso de los años en sitios diversos. Especialmente conmovedora es la actuación de Cochrane como miembro de la Brigada Inglesa durante “la guerra civil española” (1936-1939), en el frente de Aragón, en donde se encuentra la Villa de Grañen. Fue precisamente en ese sitio, entre otros, en donde Cochrane actuó como miembro de una de las unidades médicas que dieron soporte a la brigada de su país. De esos momentos, Bosch destaca el papel que Archie desempeñó en las labores de triaje que tuvieron lugar a medida que se iban recibiendo los heridos provenientes del frente.

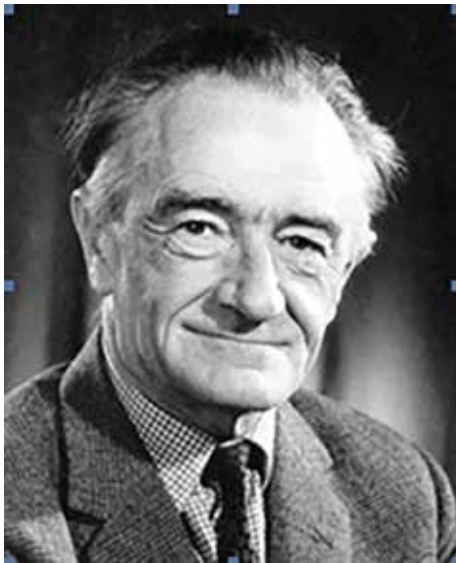


Figura 1. Archibald L. Cochrane (1909-1988).
Médico escocés.
Google – Español.

Los que llegaban extremadamente graves, sin posibilidades de recuperarse eran abandonados; en cambio cuando había traumatismos menos graves, eran atendidos. Quedaba un remanente de víctimas sobre las cuales resultaba difícil pronunciarse. Cochrane diseñó un minucioso sistema de valoración de riesgo basado en la gravedad del trauma, que podría considerarse como el *primordium* del ejercicio de la medicina basada en la evidencia.

Compartiendo experiencias

Este binomio Cochrane-Bosch tiene facetas diversas, que les llevaron a compartir experiencias. Muchas de las situaciones que Bosch describe, lo convierte en coprotagonista. Además de describirnos los rasgos personales, las inquietudes y el *leitmotiv* del pensamiento médico de Cochrane, conoce bien a sus amigos y colegas dedicados a la epidemiología, interactúa con sus familiares, y llega a visitar por unos días *Rhose Farm House*, residencia de Cochrane en Cardiff. Como el propio Bosch destacaba en su charla, siempre empeñado en la búsqueda de detalles que permitieran desentrañar la peculiar manera de interactuar de nuestro personaje. Hay que resaltar que Cochrane era un hombre de aires aristocráticos (el típico *gentlement* inglés), poseedor de una considerable fortuna, culto, inteligente, amante de las artes y, que todo ello, le confería un aire de “estar sobrado, sin ser presuntuoso”. Era un fanático defensor del ejercicio de la medicina fundamentada en criterios científicos e ironizaba ante aquellos que fundamentaban las decisiones en la experiencia; a fin de cuentas, en el “arte de curar”.

Trabajo en el campo, publicaciones, creación de Instituciones de soporte.

Su laborioso trabajo de campo en la población minera de Rhonda Fach situada en los valles del sur del País de Gales, fue especialmente significativo. Utilizando ensayos clínicos controlados y aleatorizados trató de establecer el papel de la tuberculosis en pacientes afectados por neumoconiosis con marcada fibrosis pulmonar. Conocía personalmente a la mayoría de los mineros con quienes conversaba amigablemente durante sus visitas por el lugar. El advenimiento

de la estreptomina distorsionó el plan original de este estudio epidemiológico.

En 1972 publicó una monografía intitulada “*Effectiveness and Efficiency: Random Reflections of Health Services*” (3) que tuvo considerable impacto en quienes, como él, eran partidarios de la medicina social británica.

Sería justo reconocer aquí los logros de Austin Bradford Hill, epidemiólogo y bioestadística inglés, por su empeño en una formulación experimental de la práctica de la medicina clínica. Publicó con Richard Doll, la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón, así como la comprobación del valor de la estreptomina en el tratamiento de la tuberculosis. El manejo eficiente de la bioestadística por parte de Bradford Hill seguramente se vio facilitado por sus conocimientos matemáticos y estadísticos adquiridos para obtener la titulación en ciencias económicas.

Todas las ideas de Cochrane y el apoyo a los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, sirvieron de estímulo y fundamento para la creación de la “*Cochrane Library Database of Systemic Reviews*”, y para el establecimiento de un Centro en Oxford. La organización ha crecido y bajo el nombre de “*International Cochrane Collaboration*”, ya cuenta además del de Inglaterra, con Centros en Australia, Brasil, Canadá, China, Holanda, Alemania, España, Italia, Dinamarca, Sur África y Estados Unidos. La búsqueda sistemática de Informes sobre el resultado de ensayos controlados y de datos sobre temas médicos diversos en la WEB de La Biblioteca Cochrane, constituye un complemento valioso de los servicios de Medline. Cochrane falleció en 1988 y es justamente en el 2009 cuando se conmemora el centenario de su nacimiento en Galashields, población cercana a Edimburgo en Escocia. Sin duda un hombre excepcional.

Misceláneas

Ensayos Clínicos Controlados: Estudio clínico que incluye un grupo de comparación (Control). El grupo de comparación recibe un placebo, otro tratamiento o no recibe tratamiento.

Medicina basada en la evidencia: Se define como el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y actuales pruebas en

la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual. Afortunadamente, existen publicaciones que ya han realizado una valoración por nosotros: por ejemplo, en la Biblioteca Cochrane (4). Hay que aplicar las conclusiones de esta evaluación en la práctica y finalmente debemos tomar una decisión, que estará basada en la evidencia.

Reflexiones

Aceptando el *desiderátum* de que el ejercicio de la medicina se basa a nivel diagnóstico en la evidencia, y que las decisiones terapéuticas estén avaladas por ensayos clínicos controlados y aleatorizados, cabe formularse la siguiente pregunta. ¿Qué se requiere para cumplir con ese objetivo y que porcentaje de la población mundial puede disfrutar de sus bondades?

Me referiré primero a lo que a mi juicio son las premisas que deben cumplirse para poder ejercer una medicina basada en la evidencia. Lo primero, disponer de recursos humanos bien preparados. El personal sanitario con la formación necesaria para cumplir ese cometido a escala mundial, se encuentra en una clara minoría. ¿Cuáles son las exploraciones complementarias y de qué manera se ejerce el control de calidad para confiar en ellas? ¿Cuántos hospitales, clínicas y centros de atención primaria, pertenecientes al sector público o al privado, disponen del recurso de buenos laboratorios clínicos, equipos para el estudio de imágenes (radiología, tomografía axial computarizada y resonancia magnética) y muy en especial, del *armamentarium* terapéutico óptimo para resolver efectivamente el tratamiento de las enfermedades que pueden tratarse médicamente? ¿Cuántos médicos ejercen la medicina, sin haber entendido lo que es una actuación terapéutica basada en ensayos clínicos controlados? Estos comentarios no excluyen que en los lugares que no disponen de los adelantos médicos más modernos no pueda practicarse una medicina basada en la evidencia aprendida en lugares más desarrollados. Ahora bien, ¿cuáles son las facilidades de que disponen para asistir a programas de formación continuada y renovar sus conocimientos, para estar al día? Lamentablemente muy pocos.

Bastaría pensar en los millones de habitantes que no disponen de la más elemental cobertura

médica. ¿Qué dotación tienen los centros quirúrgicos de la mayoría de las naciones del tercer mundo, y qué grado de confiabilidad puede ofrecerse a la hora de necesitar una transfusión sanguínea? Además ¿Cuántos pacientes son controlados para saber cuál ha sido su evolución al completar el tratamiento y posteriormente con el paso del tiempo?

Si bien es cierto que debemos exigir la disponibilidad de una medicina de buen nivel basada en la aplicación de normas científicas, hay que estar conscientes de que al margen de ese razonable *desideratum*, hay enormes e insalvables deficiencias en la atención de la mayor parte de la población mundial. El ejemplo más dramático ocurrido es la pandemia de SIDA.

Por todo ello, siento la tentación de calificar lo que falta por hacer como una auténtica entelequia, como algo que **“no puede existir en la realidad por limitaciones de momento insuperables”**. Quizás resulte más suave hablar de utopía, aunque a fin de cuentas también se refiere **“a un proyecto, idea o sistema irrealizable en el momento que se concibe o se plantea”**. En ambos casos utilizo las acepciones literales de los términos. En resumen, o una entelequia o algo utópico. Tendrían que lograrse cambios radicales, en la formación del personal sanitario, en la asignación de recursos y en la aplicación racional de los mismos, para lograr un sistema de atención médica a varias velocidades, pero al menos con el propósito de ir mejorando paulatinamente. No queda más

remedio que aceptar que cuando hablamos de estos temas hay que situarse en un determinado escenario. Medicina, bien, pero ¿La que se ejerce en donde? ¿En el Hospital Mount Sinai de Nueva York o en una medicatura rural de Honduras, o para el caso de cualquier pequeña población rural de Suramérica, o del continente asiático?. He omitido África para enfatizar que no es necesario referirnos a la situación límite en esa zona. Por otra parte, acabo de conocer un informe de lo que ocurre con los niveles de asistencia médica en los países del este de Europa, y es realmente dramático.

Estas reflexiones deberían finalizar con el planteamiento de posibles soluciones. En mi opinión es cuestión de prioridades y de optimizar los recursos. En diversas partes del mundo la protección social abarca servicios que varían de un sitio a otro. Desde no haberla, hasta la que pueden ofrecer los países nórdicos. Lamentablemente pareciera tan intrascendente el esfuerzo individual para poner fin a las limitaciones expuestas, que nos sentimos impotentes. De cualquier forma, las bases para una atención médica eficiente se conocen. Habrá que esperar que quienes son responsables de tomar las decisiones acertadas, actúen. Obviamente, ni es fácil, ni es algo que pueda resolverse de un día para otro. Quizás antes será necesario acabar con la miseria que es consustancial con las zonas menos atendidas del planeta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xavier Bosch <http://hubc.ub.edu/es/node/446>
2. Xavier Bosch: “Archie Cochrane, Back to the Front.” Institut Català d’Oncologia, 2003, 324 págs.
3. A.H. Cochrane, Effectiveness and Efficiency: Random Reflections of Health Services. London 1972.
4. La Biblioteca Cochrane Wikipedia, Enciclopedia Cochrane-Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Biblioteca_Cochrane