

La epidemiología pospandemia existe, es necesaria y está al alcance de todos

Rodrigo M. Torres^a, Javier Casiraghi^b y Oscar H. Franco^c

^a Director de la revista *Oftalmología Clínica y Experimental (OCE)*.

^b Director de Ediciones del Consejo Argentino de Oftalmología.

^c Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands/Países Bajos.

Autor corresponsal

Dr. Rodrigo M. Torres
romator7@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSNe 1851-2658)
2022; 15(4): e386-e388.

El término epidemiología resurgió con la pandemia del coronavirus. Como sucede muchas veces, nos acordamos de la herramienta apropiada para resolver un problema cuando éste está presente y ya causa daño. Ahora, que pareciera que la pandemia está entrando en sus últimas fases, es necesario seguir revalorizando a la epidemiología en tareas de prevención y en actividades prácticas de investigación que están al alcance de gran parte de los médicos, aunque muchos lo desconocen.

Epi viene del griego y expresa “sobre”, *demo* significa “pueblo” y *logos* representa “estudio”. Es decir que la epidemiología es la disciplina que se dedica a estudiar la salud del pueblo o lo que ocurre sobre la gente. Pero la medicina que se ejerce en ámbitos privados también cuida a grupos de individuos que en su conjunto son una “población”. Un médico cuida a un paciente por consulta; en un día revisa a varios pacientes en un sólo lugar físico (un consultorio particular) o quizás en diferentes lugares físicos (en un consultorio particular por la tarde, en una clínica privada por la mañana y en un hospital un día a la semana en otra localidad). En este caso, un solo médico podrá estar cuidando y estudiando la salud de uno o más grupos que potencialmente pueden ser diferentes y que asimismo forman parte de familias, comunidades y poblaciones. A su vez, a una de esas poblaciones se la podrá subdividir y agrupar de acuerdo con

características particulares, como en alguno de los siguientes ejemplos: personas con diabetes o personas con diabetes que tienen retinopatía proliferativa o personas con diabetes de entre 30 a 45 años que tienen retinopatía proliferativa, o personas con diabetes que no tienen retinopatía proliferativa, pero que tienen queratopatía neurotrófica. Y así, podríamos seguir enumerando diferentes combinaciones de características en una población para poder estudiar algún aspecto original en ella.

Las características de una persona a veces pueden ser relevantes para toda una comunidad. Por eso, es importante que como médicos desarrollemos y ejercitemos nuestra capacidad de observación y también mantengamos una cuota de desconfianza ante lo obvio, dudando incluso ante la presentación clásica de una enfermedad común y frecuente. Pero si describiéramos un solo caso por alguna peculiaridad que encontráramos en él y lo hiciéramos mediante una estructura metodológica adecuada, estaríamos haciendo el estudio de un caso clínico, que es la mínima expresión de un estudio de investigación. Eso está muy bien. Pero si nos animamos a ir un poco más allá podremos desarrollar otro tipo de estudios que intenten aportar un mayor valor de evidencia científica. Daremos otros ejemplos donde podremos encontrar características originales que estudiar: ¿los pacientes que atiendo los días miércoles son similares a los que veo los jueves? ¿Hay algún día de la semana donde observo más desprendimientos de retina? Los registros de la presión intraocular de medidas realizadas entre las 8 y las 10 de la mañana de los miopes, ¿son iguales a los hipermetropes? ¿La edad de los pacientes de la mañana es similar a los pacientes de la tarde? La realidad es que cualquier médico puede realizar —aplicando herramientas de metodología y conceptos de medicina basada en la evidencia— un estudio epidemiológico de su población y hacer una investigación. No hace falta otra pandemia y no es necesario esperar situaciones de gravedad, emergencia o de rareza de ciertos casos para practicar “epidemiología”. Solamente es necesario realizar un cambio de mentalidad y un nuevo filtro en la lente con la que ver a

nuestra práctica médica y el mundo: la lente de la formulación científica, donde cada situación o experiencia puede resultar en una pregunta científica.

La investigación epidemiológica es conceptualmente colaborativa. ¿Qué sucede si decido estudiar cómo quedan los pacientes que “yo” opero de cataratas en “mi” consulta y obtengo información que no comparto? Si no expongo esos resultados a la evaluación y revisión de pares para que sean validados y posteriormente divulgados, se pierde la posibilidad de, por un lado, tener la opinión de otros para aprovechar las diferentes experiencias y, por el otro, estoy privando a mis pares de conocer qué sucede en “mi” población. Como médicos oftalmólogos sabemos que el contraste es fundamental para poder percibir. El contraste de diferentes realidades epidemiológicas nos permite aprender y mejorar a partir de la incorporación de datos de la misma u otra población.

La realidad de los habitantes en Latinoamérica es muy diferente a la de Norteamérica y a la de Europa. Inclusive, la realidad de los pobladores de los países del Cono Sur puede ser distinta a la existente en Centroamérica, o tal vez no, y será algo que deberemos descubrir. Está claro que se necesitan estudios bien diseñados, que aporten información científica de las diferentes regiones del mundo. No basta con haber leído los resultados de una revisión sistemática de un procedimiento terapéutico que resultó eficaz en la comunidad europea o asiática para homologar automáticamente sus conclusiones en Sudamérica. La población de cada sitio puede hacer la diferencia. Todo debe corroborarse o refutarse. En ciencia, no siempre los conceptos que ayer eran válidos lo seguirán siendo hoy. Ni los que son válidos en determinadas latitudes geográficas o poblaciones particulares lo serán para la población en la que nuestra práctica tiene lugar.

Por eso en OCE deseamos incentivar la realización de estudios epidemiológicos que evalúen principalmente las realidades tanto de la Argentina como también del resto de Hispanoamérica. La recompensa científico-académica no se devalúa, es resiliente incluso a

aspectos políticos y económicos, que serán pasajeros. En cambio, la creación de conocimiento científico se transforma en un legado que se capitaliza continuamente y trasciende generaciones. Es necesario que más médicos, y sobre todo aquellos con alta carga asistencial clínico-quirúrgica, se involucren y participen de estudios basados en sus propias poblaciones, siendo colaborativos, trabajando en equipo y compartiendo roles y actividades. Hacer inves-

tigación toma tiempo, pero sobre todo, requiere ganas. Esperamos sus trabajos epidemiológicos y estamos a su disposición para ayudarlos, no sólo en la etapa de la publicación, sino también en la *etapa básica*, a la hora de diseñar un estudio a emprender.

Después de todo, como decía William Osler, reconocido médico canadiense: “La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”¹.

1. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Emery JD, Buzzi A. William Osler: el hombre y sus descripciones [William Osler (1849-1919): the man and his descriptions]. *Rev Med Chil* 2012; 140: 1218-1227.