

Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres

M. PÉREZ FERNÁNDEZ, J. GÉRVAS

Médicos generales. Equipo CESCA, Madrid.

Semergen 25 (3): 239-248.

■ Introducción

El conocimiento científico es hijo de su tiempo, de una concreta concepción cultural y política, de forma que no puede esperarse que el conocimiento médico sea neutral. Además, y puesto que la medicina es ciencia, arte y actividad económica, a la falta de neutralidad se suma variabilidad (1). La variabilidad tiene causas múltiples y es, hasta cierto punto, esperable. En ocasiones la variabilidad se debe a la ignorancia científica, una causa de frecuencia no despreciable; sin embargo, puede llamar más la atención que la variabilidad clínica por ignorancia, la falta de variabilidad, el consenso, en torno a cuestiones en las que no hay fundamento científico (la homogeneidad científicamente inexplicable). A este tipo de problemas se dedicará nuestro texto, ciñéndonos a algunos de los casos en los que se hace "de más" en la mujeres; situaciones y pacientes en los que los médicos toman decisiones, en forma más o menos unánime, sin que haya fundamento científico que lo justifique. No es una cuestión exclusiva de las mujeres, pero sí es muy llamativo en ellas las múltiples situaciones en las que se les somete a intervenciones médicas innecesarias o de muy dudosa utilidad. El resto de la población, y de nuevo las mujeres como parte de la misma, también se ve sometida a intervenciones médicas innecesarias; sirvan de ejemplo las cuestiones del colesterol y de la hipertensión, que han convertido a sanos en enfermos a los que se aplican tratamientos varios (2,3).

El proceso que legitima la intervención médica siempre es el mismo: 1/ se descubre y aplica un tratamiento a pacientes con una enfermedad (por ejemplo, el tratamiento hormonal del enanismo por déficit de hormona del crecimiento), 2/ se convierten en enfermedad situaciones similares, a través del poder de "etiquetaje" que la sociedad otorga a los médicos (disminución de la estatura, siguiendo el ejemplo anterior, sin enanismo pero que responde al tratamiento con hormona del crecimiento), 3/ se pierde la capacidad de discriminación, de

forma que el tratamiento/actividad se ofrece a grandes masas de población, que resultan tratadas después de "enfermar" por un problema que no lo es (en el ejemplo, se ofrece el tratamiento a todos los chicos cuya talla esté por debajo de la media), y 4/ se implican a familiares y afectados que exigen a las autoridades sanitarias, y a lo médicos remisos, que apliquen y sufraguen el tratamiento/actividad en cuestión y la intervención se convierte en norma que exigen la sociedad y, a veces, los jueces (los padres de los niños que se retrasan en su crecimiento, para terminar con el ejemplo).

Para la selección de las cuestiones y para la búsqueda bibliográfica hemos utilizado el sistema de alerta bibliográfica del Equipo CESCA y de SEMERGEN, que desde 1990 cubre el amplio campo de la organización de servicios sanitarios y la práctica clínica (4,5). Trataremos seis problemas del embarazo/parto (utilización de la ecografía prenatal, pautas ante la amenaza de aborto, cribaje de la diabetes gestacional, uso de la anestesia epidural, práctica de la episiotomía, y cesáreas) y tres problemas generales (cribaje de cáncer de útero, cribaje del cáncer de mama, y hormonoterapia en la menopausia).

■ Utilización de la ecografía prenatal

En los protocolos de seguimiento del embarazo no patológico, en España, se recomienda realizar múltiples ecografías a la embarazada (habitualmente, como mínimo, dos), de forma que es raro que una mujer llegue al parto sin haber sido sometida, al menos, a dos o tres ecografías prenatales. La mujer está encantada, sobre todo porque sabe con antelación al parto el sexo del feto, pero ¿es útil o necesaria la práctica de múltiples ecografías prenatales? La respuesta es negativa (ni siquiera una ecografía rutinaria). Como dice una guía preventiva norteamericana: "no se recomienda la práctica rutinaria de una ecografía del feto en el tercer trimestre del embarazo; no hay evidencia suficiente para recomendar o rechazar que se haga una ecografía del feto en el segundo trimestre en la mujeres de bajo riesgo" (6).

La ecografía es un técnica útil en el diagnóstico prena-

tal y en el seguimiento del embarazo; lo que la convierte en inútil e innecesaria es su uso rutinario en todos los embarazos. Con ello se transforma el embarazo, casi, en un proceso patológico que requiere frecuentes contactos con el tocólogo y el ecografista; se medicaliza, así, un proceso natural que puede ser perfectamente atendido por la matrona y el médico general, al igual que el parto (7-9). Por supuesto, se desacreditan viejos métodos, como el de la medición del tiempo de gestación a partir de la fecha de la última regla, que sigue siendo más fiable que la datación ultrasónica (10). A ello se añade la ignorancia de los trabajos que demuestran la inutilidad de la universalización de la técnica, por más que se recojan en excelentes tratados (6) o en revistas de primera línea (11).

La cuestión es que la ecografía se emplea como método de cribaje para detectar anomalías congénitas, embarazos múltiples, dificultades de maduración del feto, y anomalías de la placenta, y para determinar el tiempo de gestación, pero ¿mejora la utilización rutinaria de la ecografía el resultado perinatal? (madre/hijo). De nuevo la respuesta es negativa. Como se dice en uno de los textos citados: "el empleo rutinario de las ecografías, como cribaje, no mejora el resultado perinatal si se compara con el uso selectivo de las mismas según el buen juicio clínico" (11); en este trabajo se comparó el resultado sanitario en el niño y la madre en un grupo de embarazadas al que se le realizó ecografías de rutina (2,2 de media) con otro en el que sólo se realizaron ecografías según el criterio del médico (0,6 ecografías de media); no hubo diferencias entre los dos grupos, de un total de 15.151 embarazadas, porque lo importante en la utilización de una prueba no es el uso rutinario de la misma, sino el juicio clínico que le da valor y sentido y que puede conllevar un mejor resultado en salud.

En el uso rutinario de la ecografía se cumplen los cinco pasos señalados: 1/ se descubre y aplica la ecografía en casos necesarios, según el buen sentido del clínico, 2/ se convierte a todo embarazo en situación potencialmente patológica, 3/ se aplica la ecografía prenatal en todos los embarazos, varias veces, rutinariamente, como cribaje, sin discriminar y 4/ las embarazadas exigen la realización de ecografías, lo que se convierte en norma, primero en el sector privado sanitario y luego en el público.

■ Pautas ante la amenaza de aborto

Acaban en aborto espontáneo identificable el 10% de todos los embarazos (12), y la hemorragia vaginal suele

ser el primer síntoma, el indicador de la amenaza de aborto. La pauta admitida ante este evento traumático es que la mujer debe hacerse una ecografía diagnóstica y consultar con el tocólogo para hacer un legrado, si el aborto se completa. La mujer, atemorizada por la hemorragia vaginal y ansiosa de llevar a buen fin el embarazo, se somete al reposo, tras la consulta urgente al tocólogo y la perceptiva ecografía, pero ¿es útil esta conducta estereotipada de reposo, ecografía, consulta urgente al tocólogo, y legrado en su caso? La respuesta es no. Como dice una guía preventiva holandesa¹ "el embarazo es un proceso fisiológico normal y sólo las mujeres de alto riesgo deben visitar al tocólogo; la hemorragia vaginal en el primer trimestre del embarazo sucede en muchos casos sin razón aparente; el aborto es un proceso auto-regulado y, si se completa, el útero expulsa por sí mismo todo el producto en el plazo de una semana después del comienzo de la hemorragia; no debe utilizarse la ecografía, por innecesaria, y sólo deben derivarse al tocólogo los abortos incompletos y los embarazos ectópicos" (13). En estudios previos para dicha guía se demostró que fue enviada al tocólogo el 82% de las mujeres con aborto espontáneo y que a casi todas ellas se le practicó un legrado, aunque éste debería reservarse para casos muy escogidos.

La ecografía rutinaria en la amenaza de aborto puede acarrear complicaciones, como potenciar la reacción emocional de la mujer, y provocar el legrado. Incluso si se constata la muerte del feto es preferible la evolución espontánea, pues en el 75% de los casos se resuelve en una semana con poca pérdida de sangre, dolores infrecuentes y sin consecuencias negativas (13). Tras la historia clínica y el examen abdominal y vaginal por el médico general/la matrona, lo único que hay que hacer es dejar pasar diez días para volver a reevaluar a la paciente, salvo que la hemorragia vaginal aumente o haya fiebre/dolor.

De nuevo, la cuestión de fondo es si los obstetras tienen que hacerse cargo de los embarazos y de sus complicaciones "normales", a lo que hay que responder negativamente (7-9). Muchos embarazos acaban en aborto espontáneo diagnosticable antes de las 16 semanas del embarazo (12) y en su gran mayoría no requieren ni medicamentos, ni ecografías ni legrados, sino ser atendidos por su médico de cabecera (13).

■ Diabetes gestacional

En los protocolos de seguimiento del embarazo no patológico, en España, se recomienda la realización, co-

¹ Pueden obtenerse copias en español de esta norma solicitándolas al Colegio Holandés de Médicos Generales. PO Box 3231, 3502 GE Utrecht, Holanda.

mo cribaje, de una prueba de tolerancia a la glucosa para diagnosticar precozmente la diabetes gestacional. La mujer acepta que ello forma parte del conjunto de cuidados a recibir durante el embarazo, para asegurarse su salud y, sobre todo, la del niño, pero ¿es necesario el cribaje para la diabetes gestacional, el hacer la prueba de la sobrecarga oral de glucosa rutinariamente a todas las embarazadas? La respuesta es no. Como dice una guía preventiva norteamericana: "no hay evidencia suficiente para recomendar o rechazar el cribaje universal de la diabetes gestacional" (6).

La cuestión de fondo, aquí, es si la diabetes gestacional se asocia a peores resultados perinatales que un embarazo normal. La respuesta es no (14-16). El único resultado perinatal asociado a la diabetes gestacional es la macrosomía del recién nacido, pero la diabetes gestacional es causa de sólo el 5% de todos los nacimientos de niños de más de 4.500 g (17). Además, las dietas y el control estricto de la glucemia con insulina en la diabetes gestacional puede tener efectos adversos sobre el feto (18). Y el "etiquetaje" del caso como diabetes gestacional se asocia a mayor probabilidad de cesárea, con independencia de que haya macrosomía fetal (19).

La prueba de tolerancia a la glucosa debería realizarse selectivamente. La diabetes gestacional es muy frecuente, la complicación más frecuente del embarazo, pues se da en el 4% de los casos, pero lo lógico, útil y prudente es la realización de la prueba en mujeres con alto riesgo (obesas, con historia familiar de diabetes, diabetes gestacional previa, hijos macrosómicos previos y otros). Como dicen en uno de los textos citados "el cribaje de la diabetes gestacional debe realizarse sólo en las embarazadas con alto riesgo para desarrollarla" (16).

■ Uso de la anestesia epidural

Es cuestión política y práctica rutinaria en España, al menos en la sanidad privada, y pronto en la pública, la aplicación universal, sistemática, de la anestesia epidural como la única alternativa al tratamiento del dolor en el parto. Las mujeres lo reclaman y lo aceptan encantadas, liberándose de la maldición bíblica de "parirás con dolor"; pero esa utilización universal ¿es porque la anestesia epidural es la única alternativa y/o carece de efectos colaterales? La respuesta a las dos preguntas es negativa (20-22).

La anestesia epidural consagra al hospital como el lugar para parir, inmoviliza en el lecho a la mujer, y con-

vierte a los médicos, tocólogos y anestelistas, en imprescindibles en ese acto ritualizado e instrumentalizado. La anestesia epidural hace impensable el parto "humano", "fisiológico" y "natural" y convierte en imposible el parto a domicilio. La mujer ve reafirmada su idea de que embarazo y parto son procesos patológicos y peligrosos, de cuyos avatares sólo le salvan los médicos (ahora dos, como mínimo, tocólogo más anestesista). Es imposible, pues, acercarse al nivel de desarrollo de Holanda, donde el 30% de todos los partos tienen lugar a domicilio, y más de la mitad los atienden matronas y médicos generales (23). Si ya son impensables en España los partos fuera de los hospitales, la anestesia epidural da el cerrojo definitivo a su humanización.

La anestesia epidural no es la única técnica analgésica aplicable en el parto. Es lógico evitar el dolor en la parturienta, cuando se presenta y en forma que no impida la libre opción a elegir lugar del parto y profesional que lo atienda. La anestesia epidural tiene complicaciones a corto y largo plazo. La mujer debería saber que con la anestesia epidural aumenta el número de distocias, el de cesáreas, el de partos inducidos artificialmente y el de casos de fiebre intraparto –con los consiguientes y agresivos estudios en el recién nacido para descartar la septicemia y los tratamientos antibióticos en el mismo–; además, la anestesia epidural alarga el parto –de 6 a 12 horas (20-22).

Lo lógico es ofrecer analgesia en el parto y dar libertad para que la mujer elija el tipo de analgésico y la vía de aplicación de la misma, y el lugar del parto, valorando ventajas e inconvenientes. Universalizar la anestesia epidural, hacerla rutinaria en todos los partos, es tan científico como tratar todas las fiebres con antibióticos.

■ La práctica de la episiotomía

En España se realiza la episiotomía rutinariamente, con aceptación de pacientes y profesionales, en todos los partos, lo mismo normales que patológicos. La episiotomía forma parte del repertorio con el que se manejan los partos, como el afeitado del pubis y otras prácticas innecesarias² (24). La pregunta es ¿disminuye la episiotomía la frecuencia de desgarros perineales? La respuesta es no. Como dicen los canadienses que publicaron los resultados de un ensayo clínico en el que se demostró la peligrosidad de la episiotomía: "en los diez años que van desde la conceptualización del problema

² El texto clave para valorar el fundamento científico de las pautas médicas habituales en el embarazo y parto es: Charlmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: OUP, 1989.

hasta la publicación de los resultados nos enfrentamos al paradigma del parto como una patología y de la episiotomía como una intervención trivial" (25); a lo que podría añadirse lo de otros canadienses, tras una amplia revisión de la cuestión, "el uso universal de la episiotomía se asocia con más complicaciones del trauma perineal, piso pélvico más débil y mayor tiempo de recuperación de la fortaleza del mismo; si quieren disminuirse las consecuencias del trauma perineal lo mejor es disminuir el número de episiotomías" (26).

En los países subdesarrollados las episiotomías son parte de la rutina de la atención al parto; así, en Botsuana el 30% de las primíparas sufren episiotomía y en Burkina Faso, el 43% (27). En España, en el Hospital Universitario de Alicante, sufrieron episiotomía el 97% de las primíparas (la sufrieron el 87% de todas las parturientas) (28). En el Reino Unido, en el Hospital de Mujeres de Liverpool, la episiotomía se realizó al 16% de todos los partos, y en el 5% de los partos normales (27) [en el Hospital Universitario de Alicante se utilizó la episiotomía en el 86% de las mujeres con parto normal (28)]. En Dinamarca, en el Hospital Universitario de Aarhus, se realizó episiotomía en el 30% de todos los casos (29).

Los "puntos", pues, se han convertido en parte de la "normalidad" de los partos. Los profesionales están convencidos de aplicar una técnica que tiene sentido común, y las mujeres la aceptan en la confianza de que eso evitará desgarros, dispareunia e incontinencia postparto. El error es que la episiotomía rutinaria se asocia al aumento –no a la disminución– del trauma perineal y de sus consecuencias y debe eliminarse de los protocolos y de la práctica obstétrica (25-27, 29,30), pues es parte de la medicalización innecesaria del parto.

■ Las cesáreas

Las cesáreas se están convirtiendo en norma que ya afecta al 20% de los partos, en Cataluña, al menos (31). Entre 1984 y 1988 se pasó del 9% al 13% en toda España (32), y los datos últimos, de 1993, elevan la tasa al 17% (33). ¿Tiene fundamento este aumento espectacular que no parece tener fin? La respuesta es negativa. La cesárea es práctica necesaria en casos específicos, pero su tendencia a la universalización carece de base científica. Como dice un valenciano, al revisar en profundidad la cuestión: "numerosos estudios, en los últimos diez años, han descrito y monitorizado esta epidemia de cesáreas; casi unánimemente (aún con matices metodológicos)

concluyen que no es posible su justificación a partir de cambios o diferencias en riesgos obstétricos de las mujeres atendidas; en otros términos, las tasas actuales expresarían un fenómeno de sobre-utilización o sobre-exposición a riesgos no justificables" (33).

Ya hemos señalado que la detección precoz de la diabetes gestacional se asocia a mayor probabilidad de cesárea, con independencia de que haya feto macrosómico, lo que hace inexplicable la cesárea (19); la anestesia epidural también se asocia a más cesáreas, como hemos comentado (20-22). En general, los factores que se asocian con la mayor tasa de cesárea no guardan relación con los de riesgo obstétrico, sino con el nivel sociocultural de la embarazada, el tipo de financiación del parto y del hospital, la mayor seguridad relativa para la madre, el clima social, la medicina defensiva y el estilo de práctica de los médicos (32); así, los hospitales privados practican más cesáreas en mujeres de mayor nivel sociocultural, con menos riesgo probable, y las cesáreas se integran en el amplio conjunto de hechos que demuestran la ley de cuidados inversos –a peor salud, menos cuidados médicos–.

El aumento de la tasa de cesárea es el punto final a la medicalización innecesaria del embarazo y del parto, al encarnizamiento diagnóstico y terapéutico sobre estos eventos fisiológicos. ¿Qué final más absurdo que el parto mediante una técnica quirúrgica y una anestesia total, muchas veces innecesarias? Quizá todo ello tenga que ver con la disminución de la fertilidad en el mundo desarrollado, y con la necesidad de los profesionales de mantener niveles de actividad, cuotas de poder e ingresos económicos (34)³.

■ Cribaje del cáncer de útero

La citología de cuello de útero es práctica aceptada en España, a la que se someten las mujeres con la esperanza del diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de cuello de útero. Su utilización es predominante en la práctica privada y entre mujeres de clase media y media-alta, pero no faltan programas de salud pública, y centros de salud y hospitales, que promueven su universalización. Pero, ¿es necesaria la universalización del cribaje del cáncer de cuello de útero en España? La respuesta es negativa, y para justificar esta respuesta nada como el comentario de los catalanes pioneros en la racionalización de esta actividad (35,36): "un programa de diagnóstico precoz del cáncer de cervix tendría un bajo rendimiento porque la frecuencia de la alteración preclí-

³ Naturalmente, existen excepciones que justifican el apoyo social a los profesionales en su conjunto.

nica detectable es, en España, mucho menor que la que se da en otros países. Y lo que es peor, la elevada proporción de falsos positivos comporta un incremento de los efectos indeseables derivados de la intervención diagnóstica que debe practicarse a todas las mujeres positivas”.

El cáncer de cuello de útero es muy poco frecuente en España, de forma que la tasa de incidencia anual estandarizada es una de las más bajas del mundo. La universalización del cribado de cuello de útero es un absurdo, pues no se cumplen los criterios científicos necesarios para su realización, los criterios propuestos por Wilson y Junger. En el mejor de los casos habría 1000 falsos positivos por cada 100.000 citologías y se expondría a miles de mujeres españolas a los procedimientos necesarios para descartar los falsos positivos (36). Dadas las condiciones de la práctica clínica habitual, la sensibilidad varía del 50 al 95%, y la especificidad –que puede llegar al 99% si se considera falsos positivos sólo los que no tengan la patología que sugiere la muestra– varía del 40 al 96% si se considera falso positivo cualquier citología anormal que no acabe en muerte por cáncer (37).

La citología debería utilizarse en las mujeres de alto riesgo, como las prostitutas (a las que no se llega: otro ejemplo de la ley de cuidados inversos). Pero la presión social, de mujeres y profesionales, es tal que los navarros⁴, al revisar el problema declaran: “la creencia por parte de las mujeres de la necesidad de someterse a una citología con el objetivo de la detección precoz, apoyada por la recomendación generalizada, y de forma arbitraria, por parte de muchos profesionales sanitarios para su realización, ha llevado a que de forma indiscriminada se estén realizando un número muy importante de pruebas que hace que el tema de la detección precoz de este tumor deba tenerse en consideración a fin de garantizar que, al menos, las mujeres que se están sometiendo a estas pruebas obtengan un beneficio individual” (38). No puede haber declaración más sincera del paso final que señalamos en la introducción, sobre la exigencia social de una actividad irracional, del encarnizamiento.

Las dudas y problemas del cribaje del cáncer de cervix se aplican, también, a otros ámbitos geográficos, con mayor prevalencia el cáncer de cuello de cervix, pero eso es otra cuestión (39,40). El problema que tenemos en España es la universalización de dicho cribaje, y su aplicación en mujeres de bajo riesgo.

■ Cribaje del cáncer de mama

Diversos protocolos y programas recomiendan, en España, que los profesionales insistan en el auto-examen de mamas como medida de aplicación universal para la detección precoz del cáncer de mama; también, que se ofrezca la mamografía a mujeres de menos de 50 años y mayores de 69, especialmente en la práctica privada. ¿Disminuyen estas dos recomendaciones la mortalidad por cáncer de mama? La respuesta es negativa. La mamografía cada dos años, en mujeres de 50 a 69 años, se considera aceptable como forma de detectar y tratar precozmente el cáncer de mama (6), pero no es un método con aceptación universal o sin problemas (41, 42). Respecto a la autoexploración mamaria no hay dudas de su inutilidad (43).

El cáncer de mama es un grave problema en la mujer, por la morbilidad y la mortalidad que conlleva, pero la presión social para ampliar la edad del cribaje e incluir a mujeres de 40 a 49 años no tiene fundamento científico (6,41). La cuestión de fondo es la poca fiabilidad de las mamografías, incluso en el grupo de edad en el que se recomienda actualmente: para evitar una muerte por cáncer de mama se precisa seguir a 7.086 mujeres en el estudio de Nueva York, a 10.000 en el estudio finlandés, a 63.264 en el sueco y a infinitas en el canadiense (42, 44). El 5% de las mamografías son positivas, pero de éstas el 80-93% son falsos positivos (además, tras una mamografía normal, el 10-15% de las mujeres tendrá un cáncer de mama en el año siguiente) (44). Los falsos positivos pueden llegar al 50% cuando se siguen a mujeres de 50 a 65 años durante 10 años, combinando mamografía y exploración clínica (45). Todos estos indicadores empeoran cuando la banda etárea de mujeres se amplía, pero la discusión científica se complica hasta extremos pasionales que pueden explicar los problemas surgidos en EE.UU., cuando un grupo de expertos desaconsejó la inclusión en los programas de salud pública del cribaje con mamografías en las mujeres de 40 a 49 años (46).

Las mamografías, cada dos años, en mujeres de 50 a 69 años pueden ser útiles para evitar las muertes por cáncer de mama. No conviene universalizar a otros grupos de edad una técnica relativamente imperfecta y, en todo caso, no debería perderse en el debate la perspectiva que da el considerar el conjunto de causas de muerte en la mujer y el importante rol que tienen el tabaquismo y las causas cardiovasculares en el mismo.

⁴ Pueden obtenerse copias de este trabajo solicitándolas al Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, calle Navas de Tolosa, 21. 31002 Pamplona.

■ Hormonoterapia en la menopausia

Es creencia, cada vez más difundida, que la menopausia es un estado patológico que requiere tratamiento médico, el llamado “tratamiento hormonal sustitutorio”. Este tratamiento se cree necesario para eliminar los síntomas propios de la menopausia y para evitar los peligros que conlleva el cambio hormonal (osteoporosis, isquemia de miocardio y otros) y se acepta que debería tratarse con él a todas las mujeres menopáusicas, salvo en las que está contraindicado. Pero, ¿es necesaria la universalización de la hormonoterapia en la menopausia? La respuesta es negativa. La hormonoterapia tiene aplicaciones concretas –por ejemplo, en la menopausia postquirúrgica en mujeres jóvenes– pero no hay datos suficientes para apoyar su universalización (47-49).

La hormonoterapia en la menopausia se llama “sustitutiva”, como declaración implícita de que hay que entender a la menopausia como un estado patológico. Así, un periodo fisiológico, con ventajas e inconvenientes, se transforma en enfermedad, en indeseable, en contrario a la expresión de la mujer como ser fértil y menstruante (47,48). Un proceso natural de la biología humana se convierte en una enfermedad potencialmente grave para la que hay tratamiento farmacológico. Pero, por ejemplo, los beneficios cardiovasculares hay que ponerlos en duda; como dice un inglés: “para la prevención de un infarto de miocardio no fatal se necesitaría que unas 106-187 mujeres siguieran la hormonoterapia durante diez años desde los 50, si la cardioprotección fuera real y no se modificara con la adición de progesterona” (47). Adicionalmente, la progesterona hubo que añadirla tras provocar una epidemia de cáncer de útero al utilizar los estrógenos como monocomponentes de la hormonoterapia en la menopausia (un error médico). Se necesita más información acerca de los efectos adversos de la hormonoterapia en la menopausia antes de poder valorar sus beneficios en la prevención de la isquemia de miocardio y de la osteoporosis (50-54).

■ Discusión

Para entender la conducta médica en los problemas analizados, respecto a la mujer, hay que sostener una amplia discusión –más allá del género– en la que es útil la información incluida en las referencias bibliográficas. Para sintetizar consideraremos cuatro cuestiones básicas: 1/ la difusión de conocimientos entre los médicos, 2/ la limitación profesional en la aplicación de los conocimientos, 3/ la aceptación de la prevención como activi-

dad siempre beneficiosa, y 4/ las dificultades para implicar al paciente en la toma de decisiones.

La difusión de conocimientos entre los médicos sigue pautas cíclicas, de desarrollo, difusión, dominación y abandono (55). Este ciclo carece de fundamento científico en casos determinados, como los aquí analizados, pues se sigue el modelo descrito en la introducción que lleva a la exigencia, por parte de la población, de la técnica/medicación pese a la irracionalidad de su utilización general; sirva de ejemplo el problema de las citologías de cuello de útero, respecto al que los navarros señalan el peso de la presión social y profesional para mantenerla (38). El problema es complejo, ya que se pueden dar múltiples variantes; entre ellas: a/ muchas veces la técnica tiene aplicaciones bien fundamentadas, como la ecografía en el embarazo, y es su aplicación rutinaria lo que la devalúa —el pasar de la indicación médica al cribaje—, b/ en otros casos, por el contrario, los médicos no aplican adecuadamente los conocimientos, por exceso y por defecto, aunque no se utilice como cribaje la práctica concreta estudiada (56, 57), y c/ a veces se aplican técnicas que carecen de fundamento en cualquier caso, como el afeitado del pubis en el parto (24) o la fototerapia en la ictericia post-natal (55). Los circuitos de difusión escapan muchas veces a los propiamente científicos, de revistas y publicaciones revisadas, para fundarse en grupos influyentes, con capacidad de impacto (55). Así, la episiotomía se ha implantado sin pasar el tamiz científico adecuado, y cuando se ha intentado racionalizar la técnica, realizando un ensayo clínico, la oposición académica y científica lo ha convertido en una odisea (25). En estas condiciones lo esperable es que la mayoría de los profesionales acepten la intervención como la “norma”, al menos durante el periodo de dominación, en el que la presión es triple, de los colegas, de la industria y de la sociedad.

La limitación profesional en la aplicación de los conocimientos tiene un cierto sentido, por las dificultades para pasar de los ensayos clínicos a los pacientes concretos. Se han puesto muchas esperanzas en la “medicina basada en pruebas” (también llamada, en su traducción literal, “medicina basada en la evidencia”), pero conviene recordar: a/ que nuestro paciente no es sólo el que estamos atendiendo en este momento, sino todos los que un día se convertirán en pacientes, y todos los que atienden los otros médicos, por lo que no basta con ofrecer lo mejor al paciente presente (58) y b/ que cada encuentro médico-paciente es un acto irreplicable, en el que los actores desarrollan una compleja interacción muy alejada de un modelo robotizado, lo que impide el simple trasvase de conocimientos (59). Además, el médico clínico necesita información relevante que no

existe, o es escasa; por ejemplo, número de pacientes a tratar para evitar un evento, número de pacientes a tratar para producir un efecto adverso, tiempo de vida ganado (y calidad de la misma) con una intervención, costes de la intervención según presentación clínica, eficacia de la intervención en los distintos grupos de pacientes y situaciones, y otros (60). Los conocimientos científicos acerca de la implantación de las actividades preventivas en la consulta del médico clínico son particularmente escasos (61,62), por lo que las recomendaciones para su implantación son muchas veces mera retórica de consecuencias imprevisibles. Hay, además, problemas específicos, como la citación selectiva de los distintos ensayos clínicos, la debilidad del meta-análisis, el uso de los resultados científicos en el paciente concreto, los beneficios esperables para el mismo y la presión de la industria farmacéutica y de tecnología médica (2,54,63,64). Lo fácil, muchas veces, es repetir lo aprendido y seguir la corriente; además, los médicos cuando dominan una técnica/prescripción tienden a utilizarla en situaciones parecidas a las que justificaron su introducción, universalizando su aplicación (65); ello contribuye a explicar la pérdida de criterio en los casos analizados.

La aceptación de la prevención como actividad siempre beneficiosa tiene su expresión popular en el “más vale prevenir que curar”, que lleva, en casos específicos, incluso a preferir la prevención aunque sea tan difícil o cara como la curación (66). Médicamente hablando, este refrán tiene sentido en algunas situaciones muy concretas, pero es falso en las más. Por ejemplo, la detección precoz del neuroblastoma conlleva el aumento de su incidencia, sin disminución de la mortalidad, pues muchos de los tumores que se detectan e intervienen no hubieran creado problemas (67). Así, la prevención hay que verla como una intervención médica más, que debe justificarse a través de ensayos clínicos y a la que hay que valorar globalmente, con sus ventajas e inconvenientes. Estos pueden ser de tal importancia que un editorialista del “British Medical Journal” se preguntaba si no debían de llevar las campañas de cribaje una advertencia que dijera “el cribaje puede afectar seriamente a su salud” (68), al aplaudir la decisión inglesa de rechazar el estudio de varones asintomáticos para la detección precoz del cáncer de próstata (ni PSA, ni tacto rectal, ni ecografía transrectal). El cribaje tiene efectos adversos múltiples, personales y sociales, que van desde el riesgo de las pruebas necesarias para aclarar los falsos positivos a la seguridad que se da a los falsos negativos –lo que puede retrasar su diagnóstico posterior. Los médicos, y la sociedad, tienden a ignorar estas sutilezas, y consideran a la prevención como actividad inocua, siempre beneficiosa. Además, los conceptos epidemiológicos se han enseñado

mal a los médicos, por lo que tienden a no comprender los problemas científicos que plantea el cribaje, desde la probabilidad pre-test al valor predictivo positivo. Estas cuestiones se hacen más evidentes con las nuevas propuestas (las viejas, por implantadas y rutinarias parece que ya se dominan), como se demuestra con la utilización de pruebas de cribaje genético para la detección precoz de genes “de riesgo”, cuyo valor predictivo positivo es bajísimo, pero que ya se están utilizando, aunque lleven a soluciones tan drásticas como la mastectomía bilateral radical “preventiva” (69,70). No es raro, pues, que el médico, inmerso en una corriente profesional y social de benevolencia frente a la prevención, acepte las intervenciones preventivas como intervenciones sin riesgo y, por tanto, colabore en su aplicación y universalización.

Las dificultades para implicar al paciente en la toma de decisiones hacen que el médico decida en su lugar, actuando como “agente” del paciente. Este es el papel que la sociedad atribuye al profesional, pero con límites lógicos y razonables. Entre ellos, el énfasis en la información cuando el paciente se enfrenta a una intervención de eficacia dudosa, especialmente relevante en las actividades de prevención, en las que el paciente está sano, no enfermo. El contrato implícito en la solicitud de servicios sanitarios de curación es de índole radicalmente distinto al contrato en la oferta de servicios sanitarios de prevención. Ello implica que estos últimos servicios deban ser de eficacia y efectividad altísimas, para que sea socialmente aceptable hacer correr un riesgo a muchos (todos los sometidos a la intervención preventiva) que sólo beneficiará a unos pocos (los verdaderos positivos, en el caso del cribaje) (68). Cuando hay dudas, la ética y la lógica exigen la participación activa del paciente (71-73). Naturalmente, los pacientes deberían involucrarse más en la toma de decisiones –“decision making”– que en la fase previa de planteamiento del problema –“problem solving”– (71), aunque nada debería excluirse. Así, por ejemplo, las embarazadas podrían decidir acerca del lugar del parto y del profesional que les fuera a atender, después de analizar su caso, los riesgos previsibles y las razones plausibles para tomar la decisión; por ejemplo, que el hospital no ofrece mejores resultados que el domicilio particular en el parto –sirve para ello el ejemplo de Holanda, ya citado (23), que viene avalado por sus resultados respecto a mortalidad maternal, comparables a los de EE.UU. e Inglaterra (74)– respecto al profesional –matrona, médico general o tocólogo– no hay dudas acerca de la idoneidad de todos ellos (7-9); incluso en EE.UU. el parto atendido por el médico de familia es frecuente –medio millón del total de cuatro millones anuales (75). La participación en la toma de decisiones exige que la entrevista médico-paciente se vea como una se-

sión de asesoramiento, en la que el médico cuenta con tiempo y conocimientos para: a/ exponer las distintas alternativas en el proceso diagnóstico, preventivo y terapéutico, b/escuchar al paciente acerca de sus preferencias y experiencias previas, y c/tomar una decisión final compartida que tenga en cuenta la cultura y expectativas del paciente y de la sociedad (71-73, 76). Esta forma de trabajo es distinta a la que siguen los médicos, y distinta de la que se enseña a los estudiantes y residentes, y se fundamenta en una investigación que falta en muchos casos (77); no es extraño, pues, la respuesta de los médicos a los problemas de la mujer analizados en este texto.

■ Conclusión

Los médicos clínicos toman decisiones en condiciones de gran incertidumbre, apremiados muchas veces por el sufrimiento de los pacientes y por la falta de tiempo. Lo habitual en la clínica es acertar por aproximación, de forma que en la toma de decisiones es muy

útil no dudar, repetir pautas aceptadas y aplicarlas tanto a los casos para los que se justifican como a casos similares (en alguna forma). El resultado final es la disminución de la variabilidad, la homogeneidad científicamente inexplicable, como hemos visto a propósito de la mujer. En defensa de los médicos podemos esgrimir los problemas analizados en la discusión: la falta de conocimiento científicos (verdadero vacío en muchos aspectos de la prevención), las dificultades en su difusión (que no se solventarán con la "medicina basada en pruebas", pese al impulso positivo que aporta esta corriente), la aplicación incorrecta de los mismos (en exceso y en defecto) y las dificultades para implicar al paciente en la toma de decisiones (en parte por una estructura sanitaria paternalista y en parte por falta de conocimientos de los profesionales). En último término son los médicos los que deben promover los cambios necesarios para mejorar su práctica y los que podrán seguir contando con el crédito de la sociedad sólo si señalan los problemas que les impiden realizar un trabajo clínico de calidad (y enmiendan los errores atribuibles a ellos mismos).

Bibliografía

- 1.- PEIRÓ S, MENEN R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit* 1998; 11: 55-58.
- 2.- GÉRVAS J, PÉREZ FERNÁNDEZ M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 549-552.
- 3.- GARCÍA GUTIÉRREZ JF. De lo ritual a lo racional. Reflexiones sobre la epidemiología de la hipertensión arterial. *ME-DIFAM* 1996; 6: 69-74.
- 4.- PÉREZ FERNÁNDEZ M, GARCÍA SAGREDO P, GÉRVAS J. Alerta bibliográfica y formación continuada: el Boletín Bibliográfico CESA. *Rev Esp Doc Cient* 1993; 16: 237-249.
- 5.- Anónimo. Servicio de documentación bibliográfico. *SEM ERGEN-BIBLIO. SEM ERGEN* 1997; 23: 46-47.
- 6.- US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Baltimore: Williams Wilkins, 1996.
- 7.- WALKER P, JAMES JK. Controversies in management. Should obstetricians see women with normal pregnancies? *BMJ* 1995; 310: 36-38.
- 8.- OAKLEY D, MURRAY ME, MURTLAND T, HAYASHI R, ANDERSEN F, MAYES F, ET AL. Comparisons of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 823-829.
- 9.- TUCKER JS, HALL MH, HOWIE PW, REID ME, BARBOUR RS, FLOREY CV, ET AL. Should obstetricians see woman with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996; 312: 554-559.
- 10.- OLSEN O, CLAUSEN J. Routine ultrasound dating has not been shown to be more accurate than the calendar method. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 1221-1222.
- 11.- EWIGMAN BG, CRANE JP, FRIGOLETTO FD, LEFEVRE ML, BAIN RP, MCNELLIS D, ET AL. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *N Engl J Med* 1993; 329: 821-827.
- 12.- MILLER JF, WILLIAMSON E, GLUE J. Fetal loss after implantation: a prospective study. *Lancet* 1980(2): 554-556.
- 13.- Dutch College of General Practitioners. Guidelines of the imminent "miscarriage" standard for the first contact, the follow-up contact and the care after the miscarriage. Utrecht: DCGP, 1989.
- 14.- LUCAS MJ, LOWE TW, BOWE L, MCINTIRE DD. Class A1 gestational diabetes: a meaningful diagnosis? *Obstet Gynecol* 1993; 82: 260-265.
- 15.- HUNTER DJS, KEIRSE MJNC. Gestational diabetes. En Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care during pregnancy and childbirth*. Oxford: OUP, 1980, págs. 403-410.
- 16.- HELTON MR, ARNDT J, KEBEDE M, KING M. Do low-risk prenatal patients really need a screening glucose challenge test? *J Fam Pract* 1997; 44: 556-561.
- 17.- SPELLACY WN, MILLER S, WINEGAR A, PETERSON PQ. Macrosomia: maternal characteristics and infant complications. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 158-161.
- 18.- LANGER O, LEVY J, BRUSTMAN L. Glycemic control in gestational diabetes: how tight is tight enough - small for gestational age versus large for gestational age? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 646-653.

- 19.- NAYLOR D, SERMER M, CHEN E, SYKORA K. Cesarean delivery in relation to birth weight and gestational glucose tolerance: pathophysiology or practice style? *JAMA* 1996; 275: 1165-1170.
- 20.- LIEBERMEN E, LANG JM, FRIGOLETTO F, RICHARDSON DK, RINGER SA, COHEN A. Epidural analgesia, intrapartum fever and neonatal sepsis evaluation. *Pediatrics* 1997; 99: 415-419.
- 21.- NAGEOTTE MP, LARSON D, RUMNEY PJ, SIDHU M, HOLLEBANCK K. Epidural analgesia compared with combined spinal-epidural analgesia during labor in nulliparous women. *N Engl J Med* 1997; 337: 1715-1719.
- 22.- BIRNBACH DJ. Analgesia for labor. *N Engl J Med* 1997; 337: 1764-1976.
- 23.- FLEUREN M, GROL R, HAAN M, WIJIKEL D. Care for the imminent miscarriage by midwives and GPs. *Fam Pract* 1994; 11: 275-281.
- 24.- CHALMERS I, ENKIN M, KEIRSE MINC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: OUP, 1989.
- 25.- KLEIN MD. Studying episiotomy: when beliefs conflict with science. *J Fam Pract* 1995; 41: 483-488.
- 26.- FLYNN P, FRANIEK J, JANSSEN P, HANNAH WJ, KLEIN MC. How can second-stage management prevent perineal trauma? *Can Fam Physician* 1997; 43: 73-84.
- 27.- MADUMA BUTSHE A, DYALL A, GARNER P. Routine episiotomy in developing countries. Time to change a harmful practice. *BMJ* 1998; 316: 1179-1180.
- 28.- MARTÍNEZ GARCÍA E, REY MJ, BOUZÁN ML. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enfermería Clin* 1998; 8: 5-7.
- 29.- HENRIKSEN TB, BEK KM, HEDEGAARD M, SECHER NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *BMJ* 1994; 309: 1255-1258.
- 30.- BANTA HD, THACKER SB. The case for reassessment of health care technology (once is not enough). *JAMA* 1990; 264: 235-240.
- 31.- VILLALBÍ J, NAVARRO A, PLASENCIA A. Variabilidad en la práctica de cesárea. *Gac Sanit* 1995; 9: 62-63.
- 32.- SARRIÁ A, SENDRA JM. Evolución de la tasa de cesáreas en España, 1984-1988. *Gac Sanit* 1994; 8: 209-214.
- 33.- LIBRERO J. La variabilidad en la práctica de cesárea. *Var Práct Méd* 1998; 15: 1-3.
- 34.- GRUBER J, OWINGS M. Physician financial incentives and cesarean section delivery. *J Economics* 1996; 27: 99-123.
- 35.- SPAGNOLO E, SEGURA A, VILA R, ANDRÉS J, SANS S. Importancia del cáncer de cervix en Cataluña. Consideraciones sobre un eventual programa de cribaje. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 83-86.
- 36.- SEGURA A, SPAGNOLO E, SANS S, ANDRÉS J. El caso del cáncer de cuello uterino y la frivolidad de la prevención masiva. *Aten Primaria* 1994; 13: 516-519.
- 37.- Caicoya M. Cribado del cáncer. *Aten Primaria* 1995; 16: 441-452.
- 38.- ARDANAZ E, ASCUNCE N, GIRÓN JJ, SANTAMARÍA M, SOBEJANO I, VIÑES J. Detección precoz del cáncer de cuello de útero. Pamplona: Gobierno de Navarra, 1994.
- 39.- SKRABANECK P, MCCORMICK J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma; 1992, págs. 110-113.
- 40.- RUSSELL LB. Educated guesses. Making policy about medical screening tests. Berkeley: University of California Press; 1994, págs. 6-24.
- 41.- SKRABANECK P. The cost-effectiveness of breast cancer screening. *Intl J Tecno Assessment Health Care* 1991; 7: 633-635.
- 42.- HAKAMA M, PUKKALA E, KALLIO M. Effectiveness of the public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study. *BMJ* 1997; 314: 864-867.
- 43.- MUSTOLLER J. Screening and self examination for breast cancer. *BMJ* 1994; 309: 168-174.
- 44.- WRIGHT C, MUELLER CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet* 1995; 346: 29-32.
- 45.- ELMORE JC, BARTON MB, MOCERI VM, POLK S, ARENA P, FLETCHER SW. Ten years risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med* 1998; 338: 1089-1096.
- 46.- FLETCHER SW. Whither scientific deliberation in health policy recommendations? Alice in the Wonderland of Breast Cancer Screening. *N Engl J Med* 1997; 336: 1180-1183.
- 47.- HANNAFORD PC. Is there sufficient evidence for us to encourage the widespread use of hormone replacement therapy to prevent disease? *Br J General Pract* 1998; 48: 951-952.
- 48.- RUEDA JR. Aproximación a la introducción y difusión de la THS en mujeres postmenopáusicas en España. Evolución en el uso y prescripción. Madrid: Instituto de la Mujer, 1995.
- 49.- CÁMARA C. La menopausia: varios mitos y algunas realidades. *Centro Salud* 1997; 5: 419-420.
- 50.- HEMMINKI E, MCPHERSON K. Impact of postmenopausal hormone replacement therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from critical trials. *BMJ* 1997; 315: 149-153.
- 51.- RIZZOLI R, BONJOUR JP. Hormones and bones. *Lancet* 1997; 349: s120-s123.
- 52.- BERESFOLD AA, WEISS NS, VOIGT LF, MCKNIGHT B. Risk of endometrial cancer in relation to use of oestrogen combined with cyclic progestagen therapy in postmenopausal women. *Lancet* 1997; 349: 458-461.
- 53.- COL N, ECKMAN MH, KARAS RH, PAUKER SG, GOLDBERG RJ, ROSS EM, ET AL. Patient specific decisions about hormone replacement therapy in postmenopausal women. *JAMA* 1997; 277: 1140-1147.
- 54.- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,441 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350: 1047-1059.
- 55.- DIXON AS. The evolution of clinical policies. *Med Care* 1990; 28: 201-220.
- 56.- ORTÚN V. Gobierno de la sanidad y práctica clínica: ¿las instituciones olvidadas? *Gac Sanit* 1997; 10: 111-113.
- 57.- DONOHOE MT. Comparing generalist and specialty care. Discrepancies, deficiencies and excesses. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1586-1608.
- 58.- MAYNARD A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997; 349: 126-128.
- 59.- FEINSTEIN AR, HORWITZ IR. Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *Am J Med* 1997; 103: 529-535.
- 60.- ROBSON J. Information needed to decide about cardiovascular treatment in primary care. *BMJ* 1997; 314: 277-280.
- 61.- ARTKINSS D, DIGUISEPPI CG. Broadening the evidence base for evidence based guidelines. A research agenda based on

the work of the US Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 1998; 14: 335-344.

62.- SEGURA A. Sofismas y desatinos en medicina preventiva. *Cuadern CAPS* 1998; 27: 69-74.

63.- ROTHWELL PM. Can overall results of clinical trials be applied to all patients? *Lancet* 1995; 345: 1616-1619.

64.- LEBORIER J, GREGORE G, BENHADDAD A, LAPIERRE J, DERDERIAN F. Discrepancies between meta-analysis and subsequent large randomized controlled trials. *N Engl J Med* 1997; 337: 536-542.

65.- POWER EJ, EISENBERG JM. Are we ready to use cost-effectiveness analysis in health care decision-making? A health services research challenge for clinicians, patients, health care systems and public policy. *Med Care* 1998; 36: MS10-MS17.

66.- UBEL PA, SPRANCA MD, DEKAY ML, HERSHEY JC, ASCH DA. Public preferences for prevention versus cure: what if an ounce of prevention is worth only an ounce of cure? *Med Decis Making* 1998; 18: 141-148.

67.- BESSHO F. Where should neuroblastoma mass screening go? *Lancet* 1996; 348: 1672.

68.- STEWART-BROWN S, FARMER A. Screening could seriously damage your health. Decisions to screen must take account of the social and psychological costs. *BMJ* 1997; 314: 533-534.

69.- HOLTZMAN NA, SHAPIRO D. Genetic testing and public policy. *BMJ* 1998; 316: 852-856.

70.- MEALY B. BRCA genes. Bookmaning, forntnetling and medical care. *N Engl J Med* 1997; 336: 1448-1449.

71.- DEBER RB, KRAETSCHMER N, IRVINE J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Inter Med* 1996; 156: 1414-1420.

72.- HERMAN J. The ethics of prevention: old twists and new. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 547-549.

73.- DOUKA DL, FETTERS M, RUFFIN MT, MCCULLUOGH LB. Ethical considerations in the provision of controversial screening test. *Arch Fam Med* 1997; 6: 486-490.

74.- LOUDON I. The transformation of maternal mortality. *BMJ* 1992; 305: 1557-1560.

75.- Roberts RG, Bobula JA, Wolkomer MS. Why family physicians deliver babies. *J Fam Pract* 1998; 46: 34-40.

76.- Stott NCH, Pill RM. Advise yes, dictate no. Patients' views on health promotion in the consultation. *Fam Pract* 1990; 7: 125-131.

77.- Starfield B. Quality of care research. Internal elegance and external relevance. *JAMA* 1998; 280: 1006-1008.

Correspondencia: J. Gervas. Equipo CESCA, General Moscardó, 7, 28020 Madrid. jgervas@meditex.es