

Sobre la posibilidad de conservar las amígdalas: Glover al cubo

Glover JA.

The incidence of tonsillectomy in school children. Proc R Soc Med. 1938;31:1219-36. Reimpreso en Int J Epidemiol. 2008;37:9-19.

Objetivo

Estudiar la variabilidad geográfica de la incidencia de la amigdalectomía.

Ámbito

El Reino Unido, a principios del siglo xx, en niños escolarizados. En aquel tiempo todavía no existía un Servicio Nacional de Salud, pero la amigdalectomía se consideraba una actividad de salud pública (como la vacunación), y se prestaba gratuitamente por el Servicio Médico Escolar a todos los niños que la precisaban en las escuelas privadas y públicas. Ante el aumento de las amigdalectomías, la Sección de Epidemiología de la *Royal Society of Medicine* decidió organizar una sesión vespertina acerca de las variaciones geográficas en su incidencia. Este es el relato de la misma.

Resultados

Los datos del Servicio Médico Escolar en el Reino Unido permitieron demostrar un aumento de las amigdalectomías desde la implantación de los registros en 1923. El pico de incidencia se alcanzó en 1931, pero los datos manejados para la sesión sugerían un nuevo

aumento en 1936. Se analizan los criterios para la extirpación de las amígdalas. También la función de las mismas y sus cambios anatómicos y fisiológicos. Los datos sobre amigdalectomías en Gales e Inglaterra permiten demostrar variaciones hasta de 17 veces (tasas anuales de 0,3% frente a tasas de 5,1%). Cuando se encuentran cambios bruscos en las tasas se asocian a cambios de médicos escolares, y en algunos casos se comentan los nombres de quienes han disminuido bruscamente la tasa. En estos ejemplos se analizan gráficas de la disminución simultánea de la incidencia de amigdalectomías y de la incidencia de las otitis media. La amigdalectomía fue más frecuente en los varones, y en los niños de clase alta (el triple, comparada con la incidencia en niños pobres). No se encontraron variaciones atribuibles a otras variables analizadas (clima, ruralidad, desempleo, y otras), y se demostró que distritos geográficos adyacentes y muy similares tenían tasas muy dispares. A los catorce años más de la mitad de los niños habían sufrido la amigdalectomía (hasta el 71% en alguna escuela en varones). 434 niños murieron durante la operación en el periodo de cinco años analizado (1931-5), pero no hubo datos de la mortalidad atribuible en conjunto a la operación.

COMENTARIO

En España somos igual de brutos, pero también (ahora) lo sabemos

Para experimentar la variabilidad científicamente inexplicable no hace falta salir de Canencia de la Sierra. Allí la Casa de los Niños (excepcional guardería en lo material y personal, en que se cuida gratis de niños desde recién nacidos a tres años cumplidos) puede producir una consulta al año, o una a la semana, según la serenidad de las maestras-cuidadoras ante vómitos, diarrea, fiebre, heridas y demás. Allí la prescripción de antibióticos en cuadros infecciosos crece conforme se acerca el fin de semana, en una política de "mal menor", pues más vale penicilina innecesaria (con receta "condicionada a empeoramiento") en viernes que azitromicina innecesaria directa después de la visita a urgencias en sábado. Por supuesto, a veces lo más interesante no es la variabilidad en sí. Por ejemplo, en el uso de penicilina en la amigdalitis aguda, también se intenta confundir a los médicos con datos biométricos objetivos, como detección precoz de estreptococo beta-hemolítico y presencia/ausencia de determinados signos/síntomas. Pero la pregunta de fondo es si se necesita penicilina en la amigdalitis purulenta. Es decir, si se tienen más beneficios empleando el antibiótico que sin emplearlo. Los medios confunden el fin, como tantas veces sucede en medicina.

Amígdala significa en griego almendras. Pues bien, el firmante conserva sus almendras por haber topado con médicos prudentes en una infancia plagada de amigdalitis purulentas, tratadas con inyecciones de penicilina. La actual esposa del firmante (Mercedes Pérez Fernández) no conserva sus almendras por haber topado con

médicos intervencionistas, y todavía recuerda vívidamente la operación, en vivo y sin ninguna anestesia. Si Glover habla en su texto de su infancia escolar, en los 1880, el autor está hablando de la suya en los 1950. ¿Es cosa del pasado? No. En pleno siglo XXI la amigdalectomía sigue bien viva y contenta. Tan irracional como siempre. Tan frecuente como inútil. En España lo sabemos de buena tinta y con excelentes trabajos a través de las publicaciones del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (4,5). Un atlas que merecería un monumento pues pone en pie el análisis de la irracionalidad, y estimula el estudio de su belleza. Por ejemplo, de cómo el brillo tecnológico cautiva a los médicos (6). Lástima que tras la belleza de la irracionalidad haya mortalidad, como bien demostró Glover.

En España las tasas de amigdalectomía en menores de 15 años oscilan entre 2,95 y 39,20 por 10.000 niños. Las tasas más altas, en la Comunidad Valenciana y País Vasco, y las más bajas en Aragón. Murcia, Baleares, Canarias, Cantabria y La Rioja (5). Por supuesto, los acuerdos y consensos pretenden limitar la frecuencia de esta intervención innecesaria, pero sus criterios biométricos siguen siendo tan subjetivos como objetivo sería decidir la operación al azar, y muchas veces sólo son una aparente justificación objetiva y científica para decisiones tomadas de antemano con criterios no claros (y no necesariamente turbios).

Los médicos y padres decididos a operar lo logran con los consensos (y sin ellos). Es clave mejorar la calidad científica y humana de la práctica médica, pues una mejor gestión no puede impedir la realización perfecta de pautas clínicas innecesarias (7). La gestión tal vez podría aprender del uso abusivo y persistente (más de un siglo) de las amigdalectomías siendo muy cuidadosa, o evitando totalmente, el pago por desempeño (8). Este P4P

Sobre la firma médica: Wennberg valora a Glover

Wennberg J.

Commentary: A debt of gratitude to J. Alison Glover. *Int J Epidemiol.* 2008;37:26-9.

Coetáneos

John Wennberg, un clásico estadounidense de finales del siglo XX, pone en situación el clásico estudio de Glover, de principios del mismo siglo. Lo une a otro estudio coetáneo, también de fama imperecedera, de la *American Child Health Association*, en 1934, justamente para demostrar la necesidad de la amigdalectomía (1). Es el trabajo del "porcentaje fijo". Se partió de 1.000 niños elegidos al azar en los que ya el 60% había sufrido la amigdalectomía, y en el 40% restante se estimó que merecían la operación un 40%; otro médico examinó a los que no se había recomendado operación, y sugirió la amigdalectomía en el 40%; en la tercera ronda el consejo fue también operar entre los restantes al 40%. Al final quedaron 65 niños con amígdalas y sin recomendación de su extirpación. Naturalmente, el trabajo cambió la percepción de sus proponentes.

John Wennberg une el trabajo de Glover con el de los escoceses que veinte años después intentaron entender la lógica tras la variabilidad de la práctica médica en la amigdalectomía (2). Al analizar a un cirujano entusiasta de la información descubrieron que la justificaba con datos objetivos, "biometría" (determinación de parámetros físicos biomédicos, en este caso pus en amígdala, enrojecimiento en pilares anteriores, presencia de adenopatías). Por contraste, un cirujano es-

céptico empleaba la entrevista con los padres para reconstruir la historia amigdalár del niño, y ello le llevaba a ser conservador y recomendar frecuentemente "esperar y ver".

La firma médica

John Wennberg analiza su propio trabajo, y el fenómeno de la "firma quirúrgica" de los hospitales. Es decir, identificación sostenida en el tiempo de cada hospital según la incidencia de distintas intervenciones quirúrgicas. Parece que hubiera hospitales fanáticos de las histerectomías, por ejemplo. Esta "anécdota" no es tal, pues incluso de cada médico existe una "firma", un estilo de práctica que hace que se le pueda identificar a lo largo de años. Por ejemplo, el médico general que deriva mucho. O el médico de urgencias que ingresa mucho. O el radiólogo que siempre pide otra prueba más, "para afinar". En el caso escocés citado por Wennberg, la firma del cirujano "objetivo" se mantuvo durante años, como la del cirujano "cognitivo". Por supuesto, los datos objetivos ("duros") del cirujano intervencionista son tan subjetivos como los datos "blandos" del cirujano pensador. Contra lo que los médicos suelen creer, la realidad no existe, es sólo una interpretación cultural. Pero hablar de realismo en España es hablar de médicos, sector que raramente se ha asomado al empirismo (3).

mía la actividad, el "hacer", en la misma forma que los hospitales españoles son incentivados por "producir", por actividad. Se premia el hacer cosas de poco interés para la salud de pacientes y de población, pero muy interesantes para el médico (y los gerentes), tipo control de la hipertensión y del colesterol (9). Por contraste, nadie habla de pagar por evitar la sobre-mortalidad infecciosa entre los pacientes de clase baja, una actividad que favorecería la equidad.

Para terminar, James Alison Glover nació en 1874 y murió en 1963 (8). En 1948 volvió a publicar sobre incidencia de amigdalectomía, por un rebrote de la misma tras la Segunda Guerra Mundial (10). No fue citado por Cochrane en su clásico trabajo sobre efectividad. Pero abrió las puertas al campo de la variabilidad en la práctica médica, e incluso al de los "cuidados apropiados" (11,12). En ambos pereceremos sin vislumbrar las salidas muchos de los autores y lectores de esta revista.

A no despreciar la variabilidad diagnóstica difícil de valorar. Según el radiólogo que te toque tendrás cáncer de mama (o no), y en la mama derecha o en la izquierda. Según el anatomopatólogo que vea tu biopsia tendrás un vulgar nevus o un peligroso melanoma (13). Naturalmente, ni el paciente ni el cirujano se enteran (ni el radiólogo ni el anatomopatólogo). En fin, ya digo, campos de la variabilidad en los que pereceremos, pero no sólo como seres curiosos, sino como enfermos vulgares.

Juan Gérvas

Médico general, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid)
Equipo CESCA, Madrid

(1) Bakwin H. Pseudoxia pediátrica. *N Eng J Med* 1945;232:691-7.

(2) Bloor MJ, Venters GA, Samphier ML. Geographical variation in the incidence of operations on the tonsil and adenoids. Part I. *J Laryngol Otol.* 1978;92:791-801.

(3) Gérvas J. Enfermedad, ciencia y ficción. *AMF* 2008;5:2-3.

(4) Oterino de la Fuente D, Castaño E. La amigalo-adenoidectomía infantil después de Glover. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud* 2006;3:99-100.

(5) Oterino de la Fuente D, Castaño E, Libro J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N et al por Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por procedimientos quirúrgicos y diagnósticos seleccionados. Variaciones en Pediatría en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud* 2006;3:101-14.

(6) Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 2006;20 (Supl 1):110-6.

(7) Sarría-Santamera A. En las playas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2006;3:97-8.

(8) McPherson K. Commentary: James Alison Glover (1874-1963), OBE (1919), CBE (1941), MD (1905), DPH (1905), FRCP (1933): health care variations research then and now. *Int J Epidemiol.* 2008;37:19-23.

(9) Fleeteroft R, Cookson R. Do the incentive payment in the new contract for primary care reflects population health gains? *J Health Serv Res Policy.* 2006;11:27-31.

(10) Glover JA. Tonsillectomy in the school medical service: increased incidence in 1948. *Monthly Bull Minist Health.* 1948;9:62-8.

(11) Brook RH. Appropriateness: the next frontier. *BMJ* 1994;308:218-9.

(12) Hicks NR. Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *BMJ* 1994;309:730-3.

(13) Gérvas J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. *Eur J Gen Practice* 2002;8:47-9.