



Los límites de la prevención clínica

Juan Gérvas

Médico General.
Equipo CESCA. Madrid.

Mercedes Pérez Fernández

Médico General.
Equipo CESCA. Madrid.

Palabras clave:

- > Prevención
- > Prevención clínica
- > Atención primaria

INTRODUCCIÓN

El contenido del trabajo diario del médico se caracteriza por la respuesta a los problemas que plantean los pacientes. Así, las tareas tradicionales de los médicos han sido curar, aliviar y consolar. Cuestión muy distinta es la prevención.

La prevención, que en general es iniciativa y oferta del médico, se ha entremezclado con aquellas tareas y formó parte del conjunto desde tiempo inmemorial, pero a finales del siglo XIX empezó a formalizarse con el desarrollo de la salud pública y de la higiene. A lo largo del siglo XX la prevención ha ido conquistando parcelas clínicas, sobre todo a partir de la introducción de la noción de «factor de riesgo»¹.

La prevención finalmente ha adquirido un énfasis excesivo, a lo que contribuyó la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se equipara salud a felicidad². Parece que todo es prevenible, y que si algo no se previene es porque la medicina y los médicos fracasan³. Así, cada día se dedica más tiempo a las actividades preventivas clínicas, lo que va cambiando el contenido de la práctica médica. Cambia el contenido y aumenta la insatisfacción del médico, incapaz de dar abasto a todas las propuestas de prevención clínica.

Se ha calculado que habría que dedicar más 7 h diarias a la prevención en un cupo de 2.500 pacientes para cumplir con aquellas normas «basadas en pruebas»^{4,5}. Es decir, en un puesto de trabajo de 8 h le quedarían al médico apenas unos minutos para dar respuesta a los problemas que le planteen los pacientes. Claramente, la prevención puede llegar a ahogar las tareas que caracterizan al médico. La alternativa es pensar en profesionales que dediquen su tiempo en exclusiva a la prevención. O poner límites a la prevención, que tal vez no merece ese precioso tiempo, ni del médico ni de ningún otro profesional.

Esta segunda alternativa resulta chocante, tanto para el médico como para el paciente, pues ambos aceptan el clásico «más vale prevenir que curar» (la fórmula mágica). De hecho,

los sistemas sanitarios del mundo entero intentan «girar hacia la prevención», de forma que esta expresión se ha convertido en un mantra, que se acepta sin discusión. Sin embargo, el giro hacia la prevención necesita un fundamento científico, y éste es inexistente en muchos casos. Todo lo que hay detrás de mucha propuesta de prevención es buena intención (y, a veces, muchos intereses poco confesados). Además, el énfasis en la prevención desvía recursos de los pobres y enfermos a los ricos y sanos, y de los viejos con enfermedades varias a los jóvenes rebosantes de salud, por lo que resulta muy poco equitativo⁶.

En los diez artículos revisados examinaremos algunos de los límites de la prevención clínica, con el ánimo de que el lector pueda formarse su propia opinión acerca del actual exceso de énfasis en la prevención clínica.

Bibliografía

1. Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria*. 1998;22:585-95.
2. Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ*. 1997;314:1409-10.
3. Verdú V. Pornoprevención. *El País*, 3 de mayo de 2003 (n.º 9.350); p. 29.
4. Yarnall KSK, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JLI. Primary care. Is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93:645-41.
5. Ostbye T, Yarnall KSK, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005;3:209-14.
6. Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007;334:19.

> 1
PREVENCIÓN Y CURACIÓN SON COSAS DISTINTAS

Pregunta

¿En qué se diferencian las actividades preventivas de las curativas?

Respuesta

Las actividades preventivas suelen tener su iniciativa en los servicios sanitarios, y se dirigen a personas mayoritariamente sanas, mientras que las actividades curativas suelen responder a la demanda de los pacientes, y se dirigen a personas mayoritariamente enfermas.

Resumen del artículo

Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006; 20(Supl 1):88-95.

Contexto. Las políticas sanitarias y las aspiraciones sociales de ahorrar en gastos y sufrimientos mediante la prevención secundaria de enfermedades.

Objetivo. Valorar la oportunidad de la implantación de los programas de cribado (programas de prevención secundaria, mediante el diagnóstico antes de que haya síntomas con actividades sobre población sana) con énfasis en sus aspectos éticos.

Tipo de estudio. Revisión de los fundamentos teóricos y prácticos de los programas de cribado.

Métodos. El autor considera los aspectos relevantes que justifican los programas de cribado, con un examen sobre la aplicación de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Resultados. Las ideas teóricas sobre el cribado se discutieron a mitad del siglo pasado, y se matizaron a principios del actual^{1,2}. Pese al rigor y claridad con que se definieron las bases para que un cribado pueda ser aceptable científica y éticamente, muchos programas las incumplen. Los médicos clínicos nos sumamos a la aceptación de falta de crítica, pues es indudable el atractivo de tratar a sanos frente a enfermos (es más atractivo, y más fácil). Pero facilidad y satisfacción no implican ni efectividad ni seguridad. Dado que los servicios preventivos se suelen ofrecer a los sanos, el criterio básico es que no hagan daño. Los programas de cribado se han integrado de tal manera en la práctica clínica que el médico llega a percibirlos como parte indistinguible de sus actividades curativas, y tiende a ignorar la suprema importancia en prevención del problema ético de no maleficencia (*primun non nocere*). Así, por ejemplo, se minusvaloran los efectos adversos del diagnóstico temprano de la hipertensión, el cáncer de cuello de útero y la hiperlipidemia. No es extraño que los médicos tengamos un enorme poder para inducir la participación en programas de cribado, si se confunden con actividades curativas.

Comentario

Es fundamental que los clínicos tengamos clara la distinción entre actividades preventivas y actividades curativas, para exigir a las primeras una certeza y seguridad que puede resultar atenuada en las segundas.

Bibliografía

1. Wilson JMG, Jungner G. The principles and practices of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.
2. Gray M. New concepts in screening. *Br J Gen Pract.* 2004;54:292-8.

> 2

EL PODER DE DEFINIR SALUD Y ENFERMEDAD

Pregunta

¿Quién define qué es enfermedad, factor de riesgo y salud?

Respuesta

Los médicos, agrupados en la corporación profesional-tecnológico-farmacéutica

Resumen del artículo

Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 3): 66-71.

Contexto. La práctica clínica a lo largo de los últimos decenios, con énfasis en el cambio del concepto de salud, y en la influencia de la industria tecnológica y farmacéutica en dicho cambio. El poder del concepto de factor de riesgo, visto como interfase entre salud y enfermedad y entre actividad preventiva y actividad curativa.

Objetivo. Demostrar que gran parte del poder médico depende de su capacidad de definir enfermedad, factor de riesgo y salud.

Tipo de estudio. Revisión de los daños evitables que genera como efectos adversos la actividad del sistema sanitario.

Métodos. Consideración de la actividad sanitaria como peligrosa *per se*, y valoración del progresivo incremento de la peligrosidad.

Resultados. La seguridad del paciente se ha convertido en santo y seña del trabajo clínico de calidad, pues con el desarro-

llo científico y tecnológico la medicina es cada vez más potente (y más peligrosa). Se precisa prevención cuaternaria, que atenúe o evite los daños que provoca la actividad del sistema sanitario. Sin freno, la actividad sanitaria ha llegado a convertirse en causa frecuente de muerte (la tercera causa, después de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer)¹. El poder de los médicos se sustenta en gran parte en su capacidad de definir lo que sea salud y enfermedad, campo en el que el desarrollo de la teoría y práctica de los factores de riesgo ha dado carta blanca a muchas actividades de dudosa eficacia y efectividad. De hecho, los factores de riesgo se mueven entre la salud y la enfermedad, entre las actividades preventivas y las curativas. Basta pensar en la hipertensión, la hiperlipidemia y la obesidad. Con frecuencia se olvida, además, que los factores de riesgo son simples asociaciones estadísticas, que no son causa de enfermedad, que no son ni necesarios ni suficientes para causar enfermedad². En la «lucha» contra los factores de riesgo las tablas de cálculo de riesgo devienen tablas de decisión, sin ninguna justificación científica (justificadas por la corporación profesional-tecnológico-farmacéutica, que hace aparentemente más fácil y simple el trabajo clínico).

Comentario

La prevención cuaternaria es necesaria en la práctica clínica diaria, pues evita los daños que genera el sistema sanitario.

Bibliografía

1. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001;51:303-9.
2. Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria.* 1998;22:585-95.

> 3

LA BÚSQUEDA DE LA SALUD PERFECTA

Pregunta

¿Qué inconvenientes tiene la búsqueda de la salud perfecta?

Respuesta

La generación de miedo, de una cultura y una política de salud irrazonables, y la creación de dependencia del sistema sanitario.

Resumen del artículo

Fugelli P. The zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Edu Counselling.* 2006;60:267-71.

Contexto. El campo de las palabras sanitarias, que transmiten a través de las definiciones de salud, enfermedad y factor de riesgo la atractiva y poderosa idea de que es posible vivir eternamente sin problemas de salud.

Objetivo. Destacar los efectos adversos de la buena intención (y, a veces, oscuros intereses) de una filosofía de la salud que promete el bienestar continuo sin fundamento científico, obviamente.

Tipo de estudio. Análisis de los siete pecados capitales de la salud pública, con énfasis en sus efectos adversos.

Métodos. El autor examina los errores (que llama pecados capitales) de la salud pública, valora sus consecuencias y propone unos objetivos más realistas, científicos y humanos.

Resultados. Son siete los pecados de la salud pública: *a)* confundir salud con biología; *b)* creer que las partes son el todo; *c)* atribuir igualdad a la constitución de los seres humanos; *d)* cambiar dudas por certezas; *e)* pensar que la salud está por encima de la alegría de vivir; *f)* suponer que son los expertos quienes saben, y *g)* prometer que se puede lograr una sociedad y una población sin enfermedad y sin problemas de salud. Estos pecados conllevan efectos adversos, como provocar miedo y una obsesiva preocupación con el riesgo. Así, la primavera se convierte en la estación de las alergias, el verano en la del melanoma, el otoño en la estación de la depresión, y el invierno en la de la osteoporosis. La salud pública y la prevención clínica nos enferman; dan la «visión cero», una vida con cero riesgos, con ausencia de enfermedad, problemas y preocupaciones. Los médicos definen enfermedad, factor de riesgo, y ellos marcan la deriva de la sociedad, que se vuelve estricta e injusta frente a los «vicios insanos», los estilos de vida que llevan a la enfermedad. Conviene cambiar el discurso si no queremos seguir confirmando las críticas de Iván Illich, Peter Skrabanek y James McCormick^{1,2}. Hay que ir de la omnipotencia a la prudencia, de los estilos de vida a las condiciones de vida, de la melancolía a la alegría, de la dictadura a la democracia en salud.

Comentario

Las palabras son poderosas. Los discursos de salubristas y médicos clínicos que prometen «salud eterna para todos ya mediante la prevención» son peligrosos. Habría que cambiarlos por promesas y acciones preventivas más sensatas y prudentes, más científicas.

Bibliografía

1. Illich I. *Némesis médica*. México: Joaquín Mortiz-Planeta; 1987.
2. Skrabanek P, McCormick J. *Sofismas y desatinos en Medicina*. Barcelona: Doyma; 1992.

> 4

EN PREVENCIÓN, PRIORIZACIÓN

Pregunta

¿Tienen la misma importancia clínica todas las propuestas de actividades preventivas?

Respuesta

No, algunas actividades tienen mayor relevancia e importancia. Algunos servicios preventivos deberían tener mayor prioridad.

Resumen del artículo

Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006;31:52-61.

Contexto. Existe la percepción entre clínicos y salubristas de que se está «forzando» al médico clínico con propuestas múltiples de actividades preventivas, que llevan a confusión.

Objetivo. Producir un listado ordenado por prioridad de servicios preventivos de eficacia probada, de forma que se tenga en cuenta su importancia, previsible impacto y coste.

Tipo de estudio. Revisión sistemática de la literatura científica, a partir de las actividades preventivas recomendadas por la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

Métodos. A partir de los servicios recomendados por la USPSTF, se gradúa la importancia de cada servicio teniendo en cuenta: a) su previsible impacto en salud, medido mediante los años de vida ajustados por calidad (AVAC) que añade cuando se aplica correctamente, y b) coste-efectividad media en una consulta media al ofrecerlo a un paciente apropiado.

Resultados. Se encontró información suficiente y se pudieron priorizar 25 servicios preventivos. Obtuvieron 7 puntos, o más, 11 servicios preventivos. Consiguieron 10 puntos (el máximo) tres actividades: la discusión de beneficios y perjuicios del uso del ácido acetilsalicílico, la vacunación de los niños, y el cribado en la consulta para poder aconsejar a los fumadores contra el tabaco. Al cribado y tratamiento de la hipertensión se le dan ocho puntos. Obtuvieron dos puntos (el mínimo) el cribado del colesterol en pacientes de alto riesgo, el cribado de la diabetes en pacientes con hiperlipidemia o hipertensión, el consejo dietético en enfermedades crónicas (hiperlipidemia, factores de riesgo cardiovascular y otras), y la revacunación contra el tétanos en adultos cada 10 años.

Comentario

Se recomiendan sin cesar actividades preventivas que «deberían» integrarse en la práctica clínica. Sin embargo, cuando se quiere valorar su importancia, para dedicarse a lo más efectivo, falta información relevante (sobre efectividad, sobre aplicación a poblaciones diferentes, sobre cómo ofrecer repetidamente propuestas preventivas y demás)^{1,2}. Como es natural, actividades tipo revacunación contra el tétanos cada 10 años reciben la peor puntuación (de hecho, basta con cumplir el calendario vacunal hasta la adolescencia y revacunar sólo una vez en la vida, entre los 50 y 60 años)³.

Bibliografía

1. Satcher D. Priorities among effective clinical preventive services. A commentary. *Am J Prev Med.* 2006;31:97-8.
2. Woolf SH, Stange KC. A sense of priorities for the healthcare commons. *Am J Prev Med.* 2006;31:99-102.
3. Gervas J. Innovación tecnológica en Medicina: una visión crítica. *Rev Port Clin Geral.* 2006;22:723-7.

> 5

LA SALUD DE LOS PACIENTES, LO PRIMERO

Pregunta

¿Qué hay que pagar, el esfuerzo que conlleva una actividad o su impacto en la salud de los pacientes?

Respuesta

Lo que la sociedad valora más: el impacto en la salud de los pacientes.

Resumen del artículo

Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res Policy.* 2006;11:27-31.

Contexto. Es difícil decidirse sobre algunas de las formas posibles de pago al médico general (capitación, salario o por acto), pues hay poca base empírica. Sin embargo, existe un interés mundial por lograr mediante pagos e incentivos que el médico general o de familia haga lo que debe hacer: mejorar la salud de los pacientes con su actividad clínica (preventiva y curativa).

Objetivo. Valorar el probable impacto en salud de los nuevos incentivos introducidos en el Servicio Nacional de Salud inglés, que se han desarrollado como pago por rendimiento (P X P, *pay for performance*, por calidad).

Tipo de estudio. Comparativo de propuestas de actividades clínicas según el pago por calidad (por rendimiento, por hacerlas bien) y según su impacto en la salud de los pacientes.

Métodos. Los autores revisan la literatura y seleccionan la estimación del probable impacto en la salud de ocho intervenciones farmacológicas centradas en la atención a problemas cardíacos¹. Sobre priorización no hay mucho más publicado de calidad al respecto en el mundo². Las ocho intervenciones se valoran según el número estimado de muertes evitadas por año por 100.000 pacientes atendidos en centros de salud «típicos» (tres médicos generales y 5.500 pacientes). Simultáneamente hacen un cálculo de la cuantía del incentivo que recibiría un centro de salud «típico» para esas ocho actividades, según el nuevo contrato inglés. En general, para los incentivos se valoran un total de 151 indicadores, de los que 81 son clínicos. Se puede obtener al año un máximo de 1.050 puntos, cuando se cumplen con todos los indicadores (550 puntos dependen del cumplimiento de actividades clínicas). Cada punto logrado se premia con unos 173 euros anuales, lo que da un máximo de unos 95.000 euros bruto por centro «típico».

Resultados. La actividad que evita más muertes (380 por año y 100.000 habitantes) es prescribir inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) en pacientes con insuficiencia cardíaca. Le siguen la vacunación antigripal (146 muertes evitadas), el consejo contra el tabaco y parches de nicotina (120 muertes evitadas), el cribado y tratamiento de la hipertensión (71), la aspirina en la isquemia de miocardio (48), etc. La que menos muertes evita (tres por año y 100.000 habitantes) es la prescripción de estatinas en prevención primaria (la prevención secundaria evita 14 muertes). Los incentivos anuales máximos para la hipertensión son 25.500 euros, para el consejo contra el tabaco 5.250 euros, para el uso de IECA 3.500 euros, para el uso de estatinas en prevención secundaria, 4.000 euros. No hay incentivos para el uso de estatinas en prevención primaria.

Comentario

Lo que más se incentiva es lo que conlleva más trabajo para los profesionales (la hipertensión), no lo que evita más muertes (IECA en insuficiencia cardíaca y consejo contra el tabaco). Por tanto, parece que, en la práctica, «la salud de los pacientes no es lo primero».

Bibliografía

1. McColl A, Roderick P, Gavia J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-60.
2. Satcher D. Priorities among effective clinical preventive services. A commentary. *Am J Prev Med*. 2006;31:97-8.

> 6 MUERTE DE ORIGEN PREVENTIVO

Pregunta

¿Puede ser tan peligrosa una recomendación preventiva como para causar muertes al aplicarla?

Respuesta

Sí; por ejemplo, la recomendación de que los lactantes durmieran boca abajo.

Resumen del artículo

Vennemann M, Fischer D, Bajanowski T. Prevention of sudden infant death syndrome (SIDS) due to active health monitoring system 20 years prior to the public «Back to Sleep» campaigns. *Arch Dis Child*. 2006;91:324-6.

Contexto. La muerte súbita del lactante es un cuadro de enorme impacto en la familia. Desconocemos su causa, pero en las décadas de 1970 y 1980 se propuso como medida preventiva el que los niños durmieran boca abajo. Había poco fundamento para ello, y mucha buena intención, como es frecuente en las actividades preventivas que se introducen en la clínica.

Objetivo. Demostrar que la existencia de un férreo y activo sistema de información puede evitar los efectos adversos de la aplicación de medidas preventivas.

Tipo de estudio. Comparación de las tasas de mortalidad posneonatal y por muerte súbita del lactante en la Alemania Democrática (comunista) y la Alemania Federal (capitalista), desde 1970 a 2000.

Métodos. Obtención de datos de registros oficiales. Entrevistas personales con los responsables del sistema de información en la Alemania Democrática.

Resultados. La mortalidad posneonatal fue menor en la Alemania Democrática que en la Alemania Federal. En los 20 años previos a la reunificación, la diferencia se debía a una distinta incidencia de la muerte súbita del lactante, de 0,02 contra 1,6 por 1.000 (80 veces mayor). En la Alemania Democrática se instauró la pauta preventiva de dormir boca abajo, siguiendo las recomendaciones internacionales. Tras la introducción, en 1971, se declararon bruscamente siete casos de muerte súbita del lactante. Del análisis de los datos del sistema de información, muy activo y férreo para toda muerte en menor de 16 años, se dedujo que la recomendación de dormir boca abajo era peligrosa, y se anuló. La incidencia de la muer-

te súbita del lactante sólo volvió a aumentar tras la reunificación, al adoptar las pautas occidentales.

Comentario

Muchas pautas preventivas que se recomiendan en la clínica diaria tienen poco fundamento científico, y solemos tener datos escasos o nulos sobre su efectividad, coste-eficacia e impacto en la salud de la población¹. La recomendación de que los niños durmieran boca abajo para evitar la muerte súbita del lactante conllevó justo el efecto contrario. En los 20 años de campaña de «dormir boca abajo», en Holanda se multiplicó la incidencia por 24². Ahora, las cosas han vuelto a su sitio, inmersos en una campaña de «dormir boca arriba». Pero en otras cuestiones hemos repetido la historia, como en el tratamiento hormonal sustitutivo, con el que íbamos a evitar infartos en las mujeres, y los hemos provocado (además de cánceres de mama, embolias pulmonares y otros efectos colaterales)³. En resumen, la prevención puede matar.

Bibliografía

1. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg PL. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006;31:52-61.
2. Wouwe JP, HiraSing RA. Prevention of sudden unexpected infant death. *Lancet.* 2006;377:277-8.
3. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ.* 2004;167:363-4.

> 7

RETRASO DIAGNÓSTICO DE CAUSA PREVENTIVA

Pregunta

¿Puede provocar retrasos diagnósticos la actividad preventiva?

Respuesta

Sí, como demuestran los falsos negativos de los cribados del cáncer de mama con mamografía.

Resumen del artículo

Naveiro JC, Peral A, Flores L, Burón JL. Cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz. ¿Difiere del diagnosticado en el marco asistencial habitual? *Med Clin (Barc).* 2007;128:18-20.

Contexto. La expectativa de que todo se puede prevenir, y el impacto en la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama. Por ello, los cribados de cáncer de mama se han vuelto populares, pese a sus inconvenientes.

Objetivo. Estudiar los casos de cáncer de mama para comparar las características clínicas de los diagnosticados mediante cribado y mediante la clínica habitual.

Tipo de estudio. Descriptivo y retrospectivo de una serie de casos.

Métodos. Estudio de todos los casos de cáncer de mama en mujeres incluidos en el Registro de tumores de León, durante el quinquenio 2000-2004. Los datos se cruzaron con los del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Este programa se ofrece a mujeres entre 45 y 69 años. Se consideraron cuatro situaciones: a) cáncer de mama diagnosticado mediante el programa en mujeres de entre 45 y 69 años; b) cáncer de mama diagnosticado en mujeres de entre 45 y 69 años que tenían una mamografía negativa en los dos años previos; c) cáncer de mama diagnosticado en mujeres de entre 45 y 69 años que no habían participado en el programa, y d) cáncer de mama diagnosticado en mujeres de menos de 45 años o más de 69 años. En todos los casos se valoró la extensión del tumor y su tratamiento.

Resultados. Se registraron 652 casos. Trescientas dieciséis mujeres (49%) tenían entre 45 y 69 años. Entre las pacientes que participaron en el programa de cribado hubo 162 casos de cáncer de mama. En el 53% se diagnosticó el cáncer de forma temprana. En 71 casos se había realizado mamografía de cribado en los 2 años previos, pero con resultado negativo. En total, se diagnosticó oportunamente un caso de cada siete. Y en un caso de cada nueve hubo retraso diagnóstico por falso negativo. Las pacientes con falso negativo presentaron cáncer más diseminado y requirieron cirugía más invasiva.

Comentario

Las actividades preventivas deberían tener mayor certeza de eficacia y efectividad que las actividades curativas, puesto que se ofrecen en general a pacientes aparentemente sanos. Pero con frecuencia falta esa certeza, y se simplifica la inducción al cribado¹. Se dice así «la mamografía salva vidas», cuando se debería decir «la mamografía adelanta el diagnóstico de algunos cánceres de mama al precio de retrasar el diagnóstico de otros»². La mortalidad por cáncer de mama disminuye del 0,5 al 0,4% al cabo de 16 años de programa de cribado mediante mamografía; la mortalidad global no disminuye en absoluto². Conviene, pues, dar más información para que la mujer pueda decidir su participación con más criterio.

Bibliografía

1. Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006(Supl 1):88-95.
2. Gérvas J, Pérez Fernández M. Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general. *SEMERGEN.* 2006;32:31-5.

> 8

«PREENFERMEDADES» QUE ENFERMAN

Pregunta

¿Las «preenfermedades» son enfermedades y por ello se justifica el daño que se causa al tratarlas?

Respuesta

No. Las preenfermedades son marcadores de riesgo, una simple asociación estadística, que no justifica el tratamiento farmacológico.

Resumen del artículo

DREAM (Diabetes Reduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication) Trial Investigators. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired fasting glucose: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2006;368:1096-105.

Contexto. El abuso del poder médico de definir salud y enfermedad no es inocente. La reducción del denominador de sanos incrementa el numerador de enfermos, y ello amplía el grupo de posible negocio (de uso de métodos diagnósticos y terapéuticos, y sus consecuentes beneficios para la corporación profesional-tecnológica-farmacéutica).

Objetivo. Valorar la utilidad del tratamiento farmacológico «preventivo» en el desarrollo de diabetes en pacientes con prediabetes.

Tipo de estudio. Ensayo clínico multicéntrico.

Métodos. Comparación entre placebo y 8 mg/día de rosiglitazona. Seguimiento durante 3 años de dos grupos con un total de 5.269 personas con glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa (respectivamente, glucemia basal de entre 100 y 125 mg/dl o glucemia de entre 140 y 199 mg/dl a las 2 h de una prueba de sobrecarga con 75 g de glucosa). Se excluyó a las personas diabéticas y a los pacientes con problemas cardiovasculares. Visitas anuales con determinación de glucemia y de hemoglobina glicosilada. A los 2 años y en la visita final, prueba de sobrecarga con 75 g de glucosa. Se consideró como resultado la presencia de diabetes (glucemia basal de más de 125 mg/dl, o glicemia de 200 mg/dl o más a las 2 h de la sobrecarga), y la muerte. También se siguieron los acontecimientos cardiovasculares.

Resultados. En el grupo de tratamiento hubo menos diabéticos (el 17 frente al 26%). La mortalidad fue similar en ambos grupos. Todos los acontecimientos cardiovasculares fue-

ron más frecuentes en el grupo de tratamiento. La insuficiencia cardíaca tuvo una incidencia siete veces mayor en los pacientes tratados (con rosiglitazona).

Comentario

Los autores concluyen recomendando el tratamiento farmacológico (con rosiglitazona) de la prediabetes, pues frena el paso a diabetes, y consideran que el aumento de la incidencia de insuficiencia cardíaca compensa el beneficio.

No cabe duda, el poder médico de definir enfermedad y salud lleva a abusos. Uno evidente es la inducción a la participación en actividades preventivas con medicamentos para retrasar la aparición de verdaderas enfermedades a partir de «preenfermedades» («prehipertensión», «preinsuficiencia cardíaca», «prediabetes», etc.). Pero estas no son tales, sino marcadores de riesgo, simples asociaciones estadísticas¹.

Los tratamientos de preenfermedades no se justifican, ni se han justificado por ningún ensayo clínico, como se ha demostrado reiteradamente con la prediabetes². El tratamiento de las preenfermedades produce daños (produce enfermos) sin que se puedan justificar por los beneficios³.

En el caso concreto de la prediabetes, es enorme la presión para el uso de medicamentos⁴, pese a que alguno, como la rosiglitazona, se asocia a daños cardiovasculares, como insuficiencia cardíaca, e incluso infarto de miocardio⁵.

Se impone la prevención en la prevención de las preenfermedades, y no es un retruécano sino una necesidad sanitaria.

Bibliografía

1. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):66-71.
2. Anónimo. ¿Se puede prevenir la diabetes? *El Ojo de Markov*. 2006;12:1-2.
3. Márquez S. La construcción y difusión del conocimiento en la era de la Medicina Basada en la Evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos clínicos. *Gest Clin Sanit*. 2006;8:87-91.
4. Alberti KGMM, Zinnet P, Shaw J. International Diabetes Federation: A consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabetic Med*. 2007;24:451-63.
5. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2007;356:2457-71.

> 9

MENOS PRUEBAS PREVENTIVAS SISTEMÁTICAS

Pregunta

¿Son sensibles los médicos de primaria a las recomendaciones para que hagan menos análisis sistemáticos?

Respuesta

Sí. Se demuestra en Estados Unidos, con la disminución de la solicitud de pruebas preventivas en los chequeos anuales habituales.

Resumen del artículo

Chaco KM, Feinberg LE. Laboratory screening at preventive health exams. Trend of testing, 1978-2004. *Am J Prev Med.* 2007;32:59-62.

Contexto. En un afán desmedido de «certificar salud», la marea de recomendaciones preventivas clínicas ahoga de tal manera al médico de primaria que no queda casi tiempo ni para los problemas de salud de los pacientes, ni para la satisfacción con el trabajo bien hecho. ¿Hay lugar para la esperanza para poner un poco de orden y prioridad en las pautas preventivas clínicas?

Objetivo. Analizar la evolución de la frecuencia de solicitud de pruebas preventivas en los chequeos médicos habituales anuales en personas sanas.

Tipo de estudio. Encuestas a participantes en jornadas de actualización en medicina de familia sobre casos prácticos.

Métodos. Se distribuyó el mismo cuestionario a lo largo de 27 años, en cinco ocasiones, en 1978, 1983, 1988, 1999 y 2004, a médicos de atención primaria asistentes a un curso de una semana. Se basaba en dos casos prácticos, de pacientes nuevos sanos (varón de 35 años, y mujer de 55) que acuden a la consulta al chequeo anual. Se les pidió a los médicos que señalaran las pruebas preventivas que solicitaban en casos similares en su práctica clínica (electrocardiograma [ECG], hemograma, análisis de orina, determinaciones de creatinina, glucosa, electrolitos y otras, determinación de TSH).

Resultados. Se obtuvo una tasa de respuesta del 90%. Entre 1978 y 2004, bajó a la mitad la solicitud de ECG, hemograma y análisis de orina. En el caso del varón los porcentajes bajaron respectivamente hasta el 6, el 46 y el 44%. En mujeres bajaron al 29, el 67 y el 44%. Se mantuvieron las determinaciones químicas, y aumentó la determinación de la TSH (hasta el 57% en las mujeres).

Comentario

Los chequeos anuales no producen ningún beneficio en salud¹, por mucho que los médicos crean en sus virtudes pre-

ventivas². En Estados Unidos son la razón más frecuente para visitar al médico, y en España son una plaga que afecta tanto a comunidades autónomas (p. ej., la de Andalucía, a los mayores de 65 años y a sus cuidadores) como a los trabajadores (el reconocimiento anual), a las mujeres (la revisión ginecológica) y a otros grupos. ¡Incluso el Rey de España se hace un chequeo anual en Barcelona! En este trabajo hay, al menos, un resquicio para limitar el daño del chequeo, pues algunas pruebas han perdido popularidad (aunque se mantienen otras de la misma inutilidad, como la determinación química y de la TSH).

Bibliografía

1. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine. *Ann Intern Med.* 2002;136:701-3.
2. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. *Arch Intern Med.* 2005;165:1347-52.

> 10
MENOS GIRO PREVENTIVO, POR FAVOR

Pregunta

¿Se justifica el «giro preventivo» que se quiere imprimir a los servicios sanitarios de todo el mundo?

Respuesta

No. Mucha prevención es de eficacia no probada, alguna produce daños, y el sistema sanitario debe responder en primer lugar al sufrimiento humano.

Resumen del artículo

Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ.* 2007;334:19.

Contexto. «Es mejor prevenir que curar» se ha convertido en santo y seña de la teoría de organización de servicios sanitarios. Prevención que, además, se descarga en las espaldas de los clínicos, dado el raquitismo de la salud pública. Todo ello sin pruebas, sin estudios de efectividad, sin priorización, sólo porque suena bien (y, probablemente, tiene rédito electoral).

Objetivo. Llamar la atención sobre la necesidad de incrementar el componente curativo del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido.

Tipo de estudio. Análisis de la evolución del sistema sanitario inglés, desde su fundación para ayudar a recobrar la salud y consolar al enfermo al actual intento de priorizar la salud

(ante la enfermedad) y las actividades preventivas (ante las actividades curativas).

Métodos. La autora considera los peligros de que la medicalización de la sociedad se transfiera a la organización sanitaria. Valora el peligro de que los médicos se apoyen en los políticos y periodistas para exagerar sistemáticamente las posibilidades de la prevención.

Resultados. La retórica que promueve el «giro preventivo» (que el sistema sanitario dé prioridad a la prevención) es peligrosa, pues incita a desviar recursos dedicados en la actualidad a los enfermos. Con tal giro, los recursos irían de los enfermos a los sanos, de los viejos a los jóvenes, y de los pobres a los ricos. Todo ello en contra de la equidad y sin fundamento científico. Pero con gran provecho de la corporación profesional-tecnológica-farmacéutica, que ve a los factores de riesgo y a la definición de salud y enfermedad como un filón (que arruinará a los sistemas sanitarios, pues cada vez más se pretende controlar cada factor de riesgo, cada preenfermedad, cada variación biométrica, con más cribados, revisiones e intervenciones). Lo que se precisa es una sociedad más justa, con menos pobreza, con mejor salud pública, y médicos que dediquen a la pre-

vencción el tiempo y los recursos que merecen las actividades preventivas que tienen efectividad demostrada, y que se hayan incluido en un listado con prioridades explícitas.

Comentario

Los políticos, los gerentes y muchos médicos están encantados con las perspectivas de una prevención que se presenta como un Santo Grial que nos llevará a disfrutar de una larga vida, sin sufrimiento ni enfermedades. Pero todo ello carece de fundamento científico, y va en contra de la equidad. Prevención, la justa. Y «giro preventivo», ninguno. En todo caso, para dar énfasis a la prevención cuaternaria, para evitar que los cuidados médicos (preventivos y curativos) sean agentes patógenos^{1,2}.

Bibliografía

1. Davis P. Health care as risk factor. CMAJ. 2004;170:1688-9.
2. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):127-34.