



Abusos médicos preventivos y curativos

Juan Gérvas

Médico general. Equipo CESCA. Madrid.

Mercedes Pérez Fernández

Médico general y Especialista en Medicina Interna. Equipo CESCA. Madrid.

Los médicos somos herederos de profesionales que han logrado un enorme prestigio social. En las encuestas a la población ocupamos los primeros puestos en aprecio. Y cuando se pregunta a los usuarios de los servicios sanitarios, de nuevo los médicos, especialmente los generales/de familia, obtenemos excelentes calificaciones.

Dicho aprecio es el fruto de una profesionalidad que ha puesto el interés del paciente por encima del propio.

La clave es el cumplimiento del milenario *primum non nocere*.

El médico actúa como agente del paciente, y decide como si fuera el propio paciente con los conocimientos del médico. Incluso en los tiempos actuales, cuando en muchos casos el médico no es profesional independiente, el paciente percibe que el médico se debe más al sufrimiento y al dolor del enfermar que a las normas y controles institucionales. Entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la institución), el médico logra un equilibrio delicado, escorado en general hacia el paciente¹.

Sin embargo, no todo fue ni es idílico. Es bien cierto que siempre hubo abusos y buena prueba son, por ejemplo, los acerados versos de Quevedo contra los médicos. Abusos conocemos todos, bien respecto al tiempo de atención, bien respecto a la cortesía y dedicación, bien respecto a la formación y a la interacción con los intereses del empleador y de los suministradores de medicamentos, tecnologías y otros complementos. De todo ello se trata cuando se considera el encaje organizativo de la gestión clínica².

En muchas instituciones se remunera al médico por salario, y el salario «compra» tiempo médico. El médico se corrompe cuando llega tarde, toma café, mucho café, y se va pronto. Pero casi ningún médico se siente corrupto por esa conducta. De la misma forma no se piensa en «infección» cuando se es permeable a la propaganda de las industrias³, bien directamente, bien a través de los especialistas, o de las guías y protocolos al uso. Asimismo, el médico tiende a ignorar los daños que causa, como si los

beneficios compensasen los daños, siempre y en todos los pacientes.

El buen gobierno clínico exige que el médico sea agente del paciente, que esté al día y que ofrezca lo mejor de la ciencia y de la técnica. Se trata de vivir la Medicina como un compromiso contra el sufrimiento y el dolor, y de ayuda frente a los miedos atávicos ante la muerte y contra el desamparo del enfermar. Pero en muchas ocasiones los médicos quedan atrapados en la red de la pequeña corrupción y de una ciencia falsa, recubierta de estadística y orientada para dar respuestas interesadas.

Por ello es importante hacer una revisión para comentar ejemplos paradigmáticos de abusos médicos preventivos y curativos.

Bibliografía

1. Hampton JR. The end of clinical freedom. *Br Med J*. 1983;287:1237-8.
2. Ortún V. Encaje organizativo de la gestión clínica. En: *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta*. Ortún V (ed.). Barcelona: Masson; 2003. p. 223-58.
3. Gervás J, Mansfield P. Physicians, the industry, and population health. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:773-4.

> 1

EL MEDICAMENTO MÁS SEGURO ES EL QUE SIENDO SEGURO SÓLO SE EMPLEA CUANDO ES IMPRESCINDIBLE

Pregunta

¿Es imposible tener la seguridad absoluta en el uso de medicamentos?

Respuesta

Sí, es imposible.

Resumen del artículo

Goodman A, Schorge J, Greene MF. The long-term effects of in utero exposures. The DES story. *N Engl J Med*. 2011;364:2083-4.

Contexto y objetivos. Las intervenciones médicas deberían respetar siempre el *primum non nocere*, y lograr, al menos, un curso de evolución igual al natural (sin intervención médica). Con estas ideas se revisa el problema del uso del dietilestilbestrol en mujeres embarazadas, para «refrescar» la memoria y dar un aldabonazo sobre la seguridad de los medicamentos.

Métodos y resultados. El texto se incluye en la sección de «perspectivas» y hace una breve revisión de la cuestión, con algún apunte histórico. Recorre desde 1938 (año del descubrimiento del dietilestilbestrol) al año 2008 (revisión sobre la ausencia de daños en los nietos de las mujeres tratadas con dietilestilbestrol), pasando por 1948 (año de la introducción del dietilestilbestrol en el tratamiento de la amenaza de aborto). El dietilestilbestrol se empleó con poco fundamento en las embarazadas durante décadas, para prevenir el aborto espontáneo. Veinte años después de su introducción se descubrió su efecto cancerígeno en las mujeres expuestas intraútero. Se genera un tipo raro de carcinoma de vagina a edades juveniles, en torno a los 19 años (es habitual la presentación en el climaterio). El dietilestilbestrol desencadena cambios en la formación del tracto genital, que también afectan a los hombres expuestos intraútero.

Comentario

Las drogas son viejas conocidas de los médicos, que las han utilizado desde la Prehistoria. No obstante, es fundamental seguir considerándolas siempre peligrosas, una especie de «mal necesario». Nunca podemos estar seguros de la inocuidad de ningún medicamento, como bien demuestra la historia del dietilestilbestrol. Hay que recordar la continua necesidad de la perspicacia clínica, que llevó en 1970 a Arthur Herbst, oncólogo de Boston, del Massachusetts General Hospital, a asociar ocho casos sorprendentes, de cáncer vaginal juvenil, con la exposición intraútero al dietilestilbestrol (como sugirió una madre), y a la importancia de los registros, que permitieron comprobar esa asociación en siete de los ocho casos¹. Como ampliación del estudio se analizaron 22.420 historias clínicas y finalmente se pudo localizar a 690 mujeres expuestas intraútero al dietilestilbestrol². En el resto del mundo poco se ha hecho, hasta llegar al olvido (el peor abuso cuando hay daños).

Bibliografía

1. Herbst AL, Ulfelder H, Poskancer DC. Adenocarcinoma of the vagina: association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance in young women. *N Engl J Med.* 1971;284:478-81.
2. Nash S, Tilley BC, Kurland LT. Identifying and tracing a population at risk: the DESAD project experience. *Am J Public Health.* 1983; 73:253-9.

> 2

EN LOS MEDICAMENTOS, LA SEGURIDAD DEBERÍA IR POR DELANTE DE LA EFICACIA

Pregunta

¿Va la seguridad por delante de la eficacia en los ensayos clínicos?

Respuesta

No. La seguridad es cuestión secundaria en los ensayos clínicos.

Resumen del artículo

Pfeffer MA, Bowler MB. Access to safety data. Stockholders versus prescribers. *N Engl J Med.* 2011;365:1-3.

Contexto y objetivos. Los medicamentos son mercancías, sin más; y las industrias que producen medicamentos se financian con las ganancias en el mercado, lo que justifica la inversión de capital por los accionistas. En muchos casos los intereses de los accionistas son tan (o más) importantes que los de los médicos y pacientes, lo que es un abuso. En este texto se analiza un caso judicial al respecto.

Métodos y resultados. Zicam nasal es un medicamento homeopático de venta en EE. UU., a base de gluconato de cinc, para el tratamiento de los síntomas del catarro nasal. Lo produce la compañía Matrixx, que ha tenido un juicio por inversores que se sintieron engañados al no hacer constar los datos sobre anosmia, en las publicaciones de los ensayos clínicos. Tal efecto adverso ha provocado una avalancha de reclamaciones judiciales de pacientes contra Matrixx, con efectos sobre su valor mercantil. Los inversores han ganado el juicio, pues Matrixx debería haber compartido los datos sobre anosmia como efecto adverso, por más que no haya criterios de causalidad.

Comentario

En los ensayos clínicos lo que prima es la demostración de la eficacia. En medicamentos, lo lógico sería que la eficacia se demostrase contra el tratamiento previo más eficaz, pero muchas veces se demuestra frente a placebo. En todo caso, los efectos adversos y la seguridad del medicamento van en segundo plano, normalmente disimulados, o negados con la excusa de la causalidad, o de la «n» (el número necesario para demostrar efectos adversos improbables). Sin embargo, en los ensayos clínicos se pueden mejorar los estudios sobre seguridad, como demuestra la nueva iniciativa de la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidense para evitar abusos¹. Se exigirá el seguimiento de los efectos adversos inesperados y gra-

ves, con una posibilidad razonable de estar asociados al medicamento en estudio.

Bibliografía

1. Sherman RB, Woodcock J, Norden J, Grandinetti C, Temple RJ. New FDA regulation to improve safety reporting in clinical trials. *N Engl J Med.* 2011;365:3-5.

> 3

PRIMUM NON NOCERE TAMBIÉN IMPLICA INTEGRIDAD EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Pregunta

Las publicaciones de ensayos clínicos ¿pueden falsear los resultados?

Respuesta

Sí. Dada la presión mercantil y los intereses en juego, la integridad científica no es un valor de moda.

Resumen del artículo

Carragee EJ, Hurwitz EL, Weiner BK. A critical review of recombinant human bone morphogenetic protein-2 trials in spinal surgery: emerging safety concerns and lessons learned. *Spine J.* 2011;11:471-91.

Contexto y objetivos. Los ensayos clínicos implican grandes inversiones, costosos proyectos que en su mayor parte obtienen financiación de los patrocinadores industriales. En general, se mueven millones de euros en cada ensayo clínico. Por ello, los intereses industriales pueden provocar abusos y llegar a contaminar la integridad científica y hasta el sentido común de los investigadores. En este trabajo se revisa la cuestión respecto a un factor de crecimiento óseo empleado en las artrodesis espinales (el recombinant human morphogenetic protein-2, rhBMP-2).

Métodos y resultados. Se revisaron los 13 ensayos clínicos que justificaban el uso del rhBMP-2, en los que no se encontró efecto adverso alguno para dicho factor de crecimiento óseo. Es más, se encontraron graves y comunes efectos adversos para su mejor alternativa, el injerto de la cresta ilíaca para asegurar la fusión entre dos vértebras. Se analizaron, también, las bases de datos de la FDA sobre dicho medicamento, así como las publicaciones acerca de su utilización en la práctica. En dichas fuentes los efectos adversos son frecuentes, entre el 10 y el 50%, y graves (mortales ocasionales en su uso para artrodesis cervicales, con infecciones, osteólisis y radiculitis en todos los niveles, y en zona lumbar alteraciones urológicas y espermáticas). Por el contrario, los efectos adversos del injerto de cresta ilíaca resultaron menos frecuentes y graves que los publicados.

Comentario

En los ensayos clínicos comentados se jugaban en cada uno cifras en torno a los 14 millones de dólares. No es extraño que tales cantidades conlleven el cinismo, el abuso y la falta de integridad científica. El abuso implica a los investigadores y a quienes aprobaron los proyectos, y también a los que publicaron los resultados, y a quienes valoraron los artículos (revisión por pares) y a las propias revistas. Como se dice en el editorial que acompaña al estudio, se violó el principio básico de la Medicina, el *primum non nocere*¹. Para evitarlo, frente a los ensayos clínicos siempre se debe oponer la integridad y reflexión clínicas².

Bibliografía

1. Carragee EJ, Ghanayem AJ, Weiner BK, Rothman DJ, Bono CM. A challenge to integrity in spine publications: years of living dangerously with promotion of bone growth factors. *Spine J.* 2011;11:463-8.
2. Gervás J. Experiencia, ciencia y «medicina basada en pruebas» en Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2002;28(6):302-4.

> 4

LOS ENSAYOS CLÍNICOS PROMOCIONALES, UN ABUSO

Pregunta

¿Existen ensayos clínicos que tienen la promoción de las ventas como único objetivo?

Respuesta

Sí, hay ensayos clínicos en fase IV que tienen por objetivo exclusivo la promoción de las ventas.

Resumen del artículo

Krumholz SD, Egilman DS, Ross JS. Study of Neurontin Titrate to Effect Profile of Safety (STEPS) Trial. *Arch Intern Med.* 2011;171:1100-7.

Contexto y objetivos. Muchos documentos sobre los ensayos clínicos no salen a la luz si no es por reclamaciones y juicios. Los autores aprovechan una situación así para bucear en documentos de la industria y de la FDA en torno a la gabapentina.

Métodos y resultados. Se localizó toda la información disponible, entre 1990 y 2009, tanto en revistas científicas como en documentos de juicios, intercambios entre la industria y los investigadores, y en la propia FDA sobre el ensayo clínico STEPS, con gabapentina (cuyos objetivos declarados fueron analizar su eficacia, seguridad y tolerancia en fase IV, postaprobación). Sólo rechazó tal ensayo clínico la Johns Hopkins. Se demuestra que el STEPS

fue un ensayo para promover las ventas, con datos internos de la industria al respecto.

Comentario

Un ensayo clínico supone gasto, autorización, implicación, transparencia e integridad científica, como poco. Las premisas más elementales se incumplieron con STEPS, empleado como pura estrategia de venta de la gabapentina. Lo mismo se ha demostrado respecto al rofecoxib y a la ezetimiba, como se comenta en un editorial adjunto¹.

Bibliografía

1. Alexander GC. Seeding trials and the subordination of science. Arch Intern Med. 2011;171:1107-8.

> 5

EL ABUSO DE UNA MEDICINA CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y/O EL FACTOR DE RIESGO

Pregunta

La Medicina: ¿se basa en la enfermedad y/o factor de riesgo o en el enfermo?

Respuesta

En la práctica, la Medicina se basa en la enfermedad y/o factor de riesgo, por más que debería fundamentarse en el enfermo.

Resumen del artículo

Starfield B. The hidden inequity in health care. Int J Equity Health. 2011;10:14.

Contexto y objetivos. Existen y existirán siempre desigualdades en salud, como en inteligencia y en belleza. Algunas desigualdades en salud tienen su origen en los determinantes de salud, que pueden evitarse con cambios sociales, como mejor educación, vivienda y/o trabajo. La equidad en salud se refiere a cuestiones más concretas, de justicia y no de igualdad (dar a todos por igual en salud es profundamente inequitativo). La autora explora la cuestión de la equidad y su relación con una Medicina basada en la enfermedad y el factor de riesgo.

Métodos y resultados. El trabajo es un editorial que aclara desde el principio el campo restringido de la equidad en salud. Por ello las cosas son simples, aparentemente, y a la misma necesidad corresponden los mismos recursos sanitarios (equidad horizontal) y a mayor necesidad corresponden más recursos (equidad vertical). En los países industrializados, los sistemas sanitarios se han orientado a la enfermedad, por siglos, y en las últimas

décadas a la enfermedad y a los factores de riesgo. Esta orientación es un claro abuso que introduce injusticia e inequidad, pues la carga del enfermar (las consecuencias de la enfermedad y de los factores de riesgo) es mucho mayor entre los individuos de clases sociales bajas. Al estudiar y organizar los servicios sanitarios según enfermedades y factores de riesgo se oculta la enorme falta de equidad que, por ejemplo, convierte a los pobres en culpables de sus «estilos de vida», y a sus vivencias como enfermos en experiencias sólo clasificables según entidades previamente definidas.

Comentario

La Atención Primaria de Salud y la Medicina General/de Familia se caracterizan por orientarse a la persona y a la población. Por ello, es un abuso contra los pacientes el aceptar como paradigma una Medicina orientada a la enfermedad y a los factores de riesgo, con sus guías y protocolos, y su prevención sin límites.

> 6

¿CONTRA EL MERCURIO EN LOS NIÑOS? ¡MENOS PESCADO EN LAS COMIDAS DE LAS EMBARAZADAS!

Pregunta

¿Es el mercurio un componente habitual de la sangre de los recién nacidos españoles?

Respuesta

Sí, por la ingesta materna de pescado contaminado.

Resumen del artículo

Ramón R, Murcia M, Aguinale X, Amurrio A, Llop S, Ibarluzea J, et al. Prenatal mercury exposure in a multicenter cohort study in Spain. Environment Int. 2011; 37:597.

Contexto y objetivos. La contaminación por mercurio, especialmente metilmercurio, es un problema grave para la salud, entre otras cosas por su efecto en el desarrollo cerebral. Los autores obtuvieron datos de consumo de pescado por embarazadas y contenido en mercurio en los recién nacidos.

Métodos y resultados. Se obtuvieron datos de 1.183 mujeres, con un registro diario de consumo de pescado (cantidad, tipo, presentación), y análisis de mercurio en la sangre del cordón umbilical. Se formó la cohorte con embarazadas de Asturias, Guipúzcoa, Sabadell y Valencia, entre 2004 y 2008. El consumo medio de pescado fue de

78 g/día; la media de mercurio en sangre, de 8,2 microgramos por litro (frente a un máximo recomendado de 5,8 g/l). Hubo más consumo, y más mercurio en sus hijos, en madres universitarias trabajadoras.

Comentario

Se recomienda en las embarazadas pautas sin fundamentos, como evitar el jamón, o seguir con el ácido fólico tras las primeras 3 semanas; incluso, con suplementos de yodo¹. Todo ello supone un abuso sin fundamento científico, mientras poco se recomienda moderar el consumo de pescado, sobre todo atún y similares, o merluza y similares. O mientras, se ha tolerado el timerosal como adyuvante en las vacunas.

Bibliografía

1. Murcia M, Rebagliato M, Íñiguez C, López-Espinosa MJ, Estarlich M, Plaza B, et al. Effect of iodine supplementation during pregnancy on infant neurodevelopment at 1 year of age. *Am J Epidemiol*. 2011;173:804-12.

> 7

HAY QUE ACEPTAR POR RAZONES ÉTICAS LA NECESIDAD DE COMPENSAR LOS DAÑOS QUE CAUSAN LAS VACUNAS

Pregunta

¿En todos los países se exigen pruebas de causalidad del daño asociado a las vacunas para compensar a las víctimas?

Respuesta

No. En muchos países hay un sistema de compensación extrajudicial.

Resumen del artículo

Looker C, Kelly H. No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes. *Bull World Health Organ*. 2011; 89:371-8.

Contexto y objetivos. Las vacunas son necesarias, pero están despertando una fuerte reacción en contra, en parte por el descrédito de algunas como la vacuna contra la gripe o contra el virus del papiloma humano. Parte del rechazo se debe a los complejos mecanismos para lograr una compensación a los daños que provocan inevitablemente las vacunas. En este texto se hace una revisión de las condiciones en que varios países han introducido un mecanismo de compensación no judicial para los daños asociados a las vacunas.

Métodos y resultados. Los autores parten de una revisión previa¹, de 1999, en que se encontraron mecanismos de compensación extrajudiciales en 13 países. Con una estrategia de búsqueda exhaustiva en las diferentes fuentes de información logran localizar los programas de 19 países desarrollados (casi todos ellos, 13, en Europa). En general, se financian a partir de las farmacéuticas, o de fondos específicos, pero cubren sin límite todos los daños. El derecho a presentar una reclamación extrajudicial se acompaña de la necesidad de renunciar a la vía legal, y ofrece a cambio un tratamiento más generoso, personalizado y prudente.

Comentario

Las vacunas tienen efectos adversos, como todos los medicamentos. Pero no siempre es fácil demostrar «causalidad» y poder atribuir a la vacuna el daño concreto. Por otra parte, las vacunas son medidas preventivas y por ello pueden ofrecer mucho a la población... ¡a cambio de dañar gravemente a unos pocos! Los programas de vacunas no están exentos, pues, de problemas éticos². En este caso, lo lógico es compartir beneficios y riesgos, y no abusar de galimatías legales y científicos que impiden o dificultan obtener compensaciones en los tribunales. Por ejemplo, en Australia es un clamor, tras los casos de convulsiones (algunos con daños irreversibles) en niños vacunados contra la gripe³. En Europa se pide que la Unión Europea cubra estos daños, pero no hay decisión final. ¿Hasta cuándo este abuso?

Bibliografía

1. Evans J. Vaccine-injury compensation programmes worldwide. *Vaccines*. 1999;17(Suppl 3):S25-35.
2. Gervás J, Segura A, García-Onieva M. Ética y vacunas: más allá del acto clínico. En: Bioética y pediatría. Proyectos de vida plena. Reyes M, Sánchez M (eds.). Madrid; Ergon-Sociedad de Pediatría Madrid Castilla-La Mancha: 2010. p. 229-36.
3. Kelly H, Looker C, Isaacs D. A no-fault compensation scheme for serious adverse events attributed to vaccination. *Med J Aust*. 2011;195:4-5.

> 8

A NO OLVIDAR: LOS CRIBADOS (SCREENING) PRODUCEN SIEMPRE DAÑOS

Pregunta

¿Es peligroso el cribado (screening) del cáncer de ovario?

Respuesta

Sí, pues el cribado del cáncer de ovario produce más daños que beneficios.

Resumen del artículo

Buys S, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al. Effect of screening in ovarian cancer mortality. The PLCO cancer screening randomized controlled trial. JAMA. 2011;305:2295-303.

Contexto y objetivos. El cribado del cáncer de ovario es práctica ya implantada en muchas revisiones. Los autores intentan valorar el balance entre beneficios y daños.

Métodos y resultados. Ensayo clínico, 39.105 mujeres en el grupo de intervención frente a 39.111 en el grupo control. Determinación anual del CA-125 (6 años) y ecografía transvaginal (4 años). Incidencia de cáncer y mortalidad en 13 años de seguimiento. Con 212 casos de cáncer de ovario contra 176 (grupo intervención frente a control), y mortalidad por esa causa de 118 contra 100. En el grupo de intervención, 3.285 falsos positivos, con 1.080 operadas (y 163 con complicaciones graves, tipo hemorragia, lesión quirúrgica intestinal, infección o episodio cardiopulmonar). Muertes por todas las causas, 2.924 frente a 2.914.

Comentario

Las prácticas preventivas se presentan siempre con un aura positiva, que ciega ante los daños y facilita los abusos. Por ejemplo, el cribado del cáncer de ovario, ya presente en muchas de las revisiones sistemáticas, bien en empresas bien en seguros privados. Nunca se ha demostrado que el cribado del cáncer de ovario tenga ventajas, pero en la esperanza de sus beneficios se obvian los perjuicios. En este ensayo clínico se demuestra que el cribado del cáncer de ovario produce «sobrediagnóstico» (se diagnostican cánceres silentes que no hubieran tenido nunca expresión clínica), no disminuye la mortalidad, y conlleva graves complicaciones. Daños sin beneficios, producto típico del abuso preventivo, cuando la prevención pierde su fundamento científico¹.

Bibliografía

1. Starfield B, Hyde J, Gervás J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008;62:580-3.

> 9

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN

Pregunta

¿Puede tener alguna utilidad el cribado (*screening*) del cáncer de pulmón?

Respuesta

Sí, mínima eficacia, a costa de un gran coste y de intervenciones varias (enorme contraste de la sencilla prevención primaria de aconsejar al paciente contra el tabaco).

Resumen del artículo

The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;10.1056/NEJMoa1102873.

Contexto y objetivos. El cáncer de pulmón es causa frecuente de mortalidad, como consecuencia de la epidemia de tabaquismo (originada en el mundo industrializado a través de la propaganda contra el nazismo, que veía con malos ojos el uso del tabaco). La supervivencia a los 5 años es de apenas el 15%. Lo lógico es no fumar, o dejar de fumar (prevención primaria). En todo caso, se puede intentar el diagnóstico precoz, con cribado radiológico; en este estudio se compara la tomografía con la radiografía torácica.

Métodos y resultados. Se siguieron a fumadores y ex fumadores (al menos 30 años de un paquete diario), de 55 a 74 años, a los que 3 años seguidos se les hizo una tomografía o una radiografía torácica, y se vio su mortalidad hasta casi 5 años más. Fueron 26.722 pacientes (tomografía) frente a 26.732 (radiografía), y hubo 356 (1,33%) muertos por cáncer de pulmón frente a 443 (1,66%) [reducción relativa del riesgo, 20%; reducción absoluta del riesgo, 0,33%]. Hubo 1.060 cánceres de pulmón (3,97%, tomografía) frente a 941 (3,52%, radiología). Las toracotomías fueron 509 (1,9%) frente a 189 (0,7%). Hubo en total 1.877 muertos (7%, tomografía) frente a 2.000 (7,5%, radiología). Con la tomografía 1 de cada 4 pacientes tuvo un positivo (y el 95% de los positivos eran falsos). Para evitar una muerte por cáncer de pulmón hay que cribar a 320 pacientes.

Comentario

Los resultados comentados son pobres, y a costa de gran daño (a pesar de contar con radiólogos muy cualificados). Se aplican sólo a estos pacientes, grandes fumadores, más jóvenes y cultos que una muestra aleatoria de su edad y condición¹. Pero se logrará el abuso del cribado del cáncer de pulmón, en contra de la promoción de la simple prevención primaria, eficaz, barata y sin efectos adversos (el consejo del médico de cabecera, y las políticas contra el tabaquismo).

Bibliografía

1. Sox HC. Better evidence about screening for lung cancer. N Engl J Med. 2011;10:1056/NEJMe1103776.

> 10
**SER MÁS AGRESIVOS PUEDE SER ABUSIVO
(EN LOS DIABÉTICOS HIPERTENSOS)**

Pregunta

¿Hasta qué punto es mejor bajar la presión sistólica en los pacientes diabéticos?

Respuesta

No hay cifras mágicas, pero por debajo de 140 mmHg puede haber efectos adversos graves.

Resumen del artículo

Bangalore S, Kumar S, Lobach I, Messerli FH. Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose. Observations from traditional and bayesian random effects meta-analysis of randomized trials. *Circulation*. 2011;123:2799-810.

Contexto y objetivos. Los especialistas siempre recomiendan ser agresivos, no tener miedo, y tratar a los pacientes con múltiples medicamentos para lograr cada vez cifras más bajas. Esto es evidente en el caso de los pacientes diabéticos con hipertensión, pero los autores se preguntan acerca de la validez de tales recomendaciones.

Métodos y resultados. Se hizo una búsqueda exhaustiva en las bases bibliográficas disponibles y se localizaron

los ensayos clínicos que hubieran durado más de 1 año, con más de 100 pacientes, y con rama de intervención en que se logró al menos 135 mmHg de presión sistólica, realizados entre 1965 y finales de 2010. En el análisis se demostró un descenso continuado de los ictus, pero a costa de un incremento también continuado de los efectos adversos graves. No hubo impacto en otras variables de interés, como daño cardíaco, renal o de retina.

Comentario

Las cifras ideales de resultados intermedios en los pacientes diabéticos, como colesterol, presión arterial y hemoglobina glucosilada, decrecen de continuo, sin fundamento científico^{1,2}. Los médicos generales/de familia se ven sometidos a propuestas de una agresividad injustificada, que implican el uso de medicación variada, cuyos efectos adversos son graves. Es hora de limitar el daño a través de impedir los abusos.

Bibliografía

1. Deedvania P. Blood pressure control in diabetes mellitus: is lower always better, and how low should it go? *Circulation*. 2011;123:2276-8.
2. Pogach L, Aron DC. Sudden acceleration of diabetes quality measures. *JAMA*. 2011;305:709-10.