

LA MEDICINA Y SUS EXCESOS PREVENTIVOS

PREGUNTAS de la periodista Irma Oviedo, para el diario Última Hora, PARAGUAY

Respuestas de Juan Gervas, licenciado y doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid (España). Médico general jubilado y profesor visitante de Salud Internacional en la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid, España). Ex-profesor visitante en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos.

jjgervas@gmail.com @JuanGrvas www.equipocesca.org <http://www.actasanitaria.com/category/el-mirador/>

Respuestas publicadas en parte en:

<http://www.ultimahora.com/la-medicina-preventiva-convierte-la-poblacion-dependiente-medicos-n1008681.html>

<http://www.ultimahora.com/los-chequeos-son-una-muestra-la-mercantilizacion-n1008680.html>

-Los médicos hablan siempre de prevención y controles preventivos, pero desde su visión ¿cuáles son los peligros de la medicina preventiva?

Toda actividad médica tiene sus inconvenientes. Incluso la recomendación de beber agua cuando hace calor pues, si se sigue estricta y exageradamente, puede acabar en lo que llamamos “potomanía”, beber agua en exceso y llevar a ingreso hospitalario por dilución de la sangre y fallo renal y muerte. Como bien dijo Muir Gray, de la Universidad de Oxford (Reino Unido), experto internacional en prevención: todas las actividades preventivas producen daños, algunas producen beneficios y, de estas, unas pocas logran más beneficios que daños <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2258553/>

La medicina preventiva tiene grandes ventajas, pero cuando pierde sus límites puede llegar a expropiar la salud; es decir, a hacer perder capacidades individuales y sociales para enfrentarse a las adversidades de la vida. En ese sentido la medicina preventiva convierte a la población en dependiente de médicos y del sistema sanitario hasta para cuestiones básicas, como la crianza de los hijos, o la organización de la propia vida. Por ejemplo, la madre pierde la capacidad para saber si su niño está sano, y no sirve el conocimiento de la abuela, sólo el de médico pediatra. Lo mismo sucede con las personas en general, que sólo se sienten sanas tras los chequeos y pruebas que los enferman con la ansiedad que generan y con los “hallazgos casuales” que no significan nada.

La medicina preventiva sin límites puede llevar a creer que “todo se puede evitar”, lo que es un grave error. De hecho, se llega a creer en la juventud eterna, en que viviremos para siempre sin inconvenientes, ni adversidades, ni sufrimiento, ni enfermedades e incluso sin muerte. Se vive así temiendo y rechazando cualquier complicación vital. Con ello se provoca gran insatisfacción y miedo ante el simple existir, de forma que teniendo salud se teme perderla y se está pendiente de cualquier cambio y nimiedad. El sano se enferma de preocupación, para no perder la salud. A mayor nivel de salud suele corresponder peor sensación de salud, lo que se acompaña de expectativas infundadas y de menor disfrute de la vida.

En realidad, el sano verdadero no sabe que está sano, de la misma manera que el hombre feliz no sabía de su felicidad (ni tenía camisa). En síntesis: nos enferma la medicina preventiva sin límites.

La prevención puede ser beneficiosa, pero ante la prevención se requiere mucha precaución para evitar sus excesos que provocan muchos daños, personales y sociales.
https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/los_danos_provocados_por_prevenccion.pdf

-¿Es cierto que el exceso de consumo de medicamentos es una de las principales causas de muertes en el mundo? ¿Por qué?

Los medicamentos son lo que los médicos llamamos fármacos, y la palabra fármaco viene de una palabra griega que significa “veneno”. Los medicamentos son, en cierta forma, venenos que aplicados correctamente producen grandes beneficios. Cada vez tenemos más y mejores fármacos, de mayor potencia y eficacia pero al tiempo de mayor peligro en su utilización. Cuando se utilizan medicamentos sin justificación, los daños no se compensan con ningún beneficio. Incluso cuando los medicamentos son necesarios conviene su uso apropiado (“racional” se dice), para que haya un resultado neto ventajoso. Por ejemplo, las resistencias bacterianas por el mal uso de antibióticos provocan unas 700.000 muertes anuales en el mundo (para comparar, los accidentes de tráfico producen 1.200.000); gran parte de esas muertes serían evitables con un uso racional de los antibióticos.

Además, los medicamentos producen efectos adversos, a veces inevitables. Es decir, dañan al utilizarlos. Pueden ser alergias, pueden ser tóxicos al hígado o el riñón, pueden ser interacciones con otros medicamentos, etc. Por ejemplo, las estatinas (medicamentos para el colesterol) pueden producir daño en los músculos, y a veces la muerte por fracaso renal. Se calcula que los efectos adversos de los medicamentos producen unos 200.000 muertes anuales en la Unión Europea.

Por último, muchos medicamentos no tienen utilidad, y sin embargo se emplean profusamente. Por ejemplo, los antidepresivos no tienen mayor efecto que el placebo (medicamento inerte, sin nada) en las depresiones leves; así mismo, los medicamentos para la enfermedad de Alzheimer son inútiles, etc. La mejor revista de medicamentos del mundo, la francesa Prescrire, publica todos los años la lista de medicamentos aprobados y en el mercado pero que conviene no utilizar por sus daños, o por su ineficacia. Debería ser lectura obligada para médicos y pacientes, pues además se traduce al español <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/ojo-markov/medicamentos-evitar-actualizacion-2016>

Por todo ello, la actividad médica se está convirtiendo en un peligro. No por su falta de utilidad, sino por el exceso en su empleo. Este exceso se refiere al uso de medicamentos, pero también a otras intervenciones preventivas, diagnósticas, quirúrgicas y rehabilitadoras. Así, se calcula que en Estados Unidos la actividad médica provoca entre 200.000 y 400.000 muertes anuales evitables. Como se tituló la sesión del Senado de Estados Unidos respecto a este problema, de seguridad del paciente, “son demasiadas más de mil muertes al día evitables por efectos adversos médicos”
<http://www.help.senate.gov/hearings/more-than-1-000-preventable-deaths-a-day-is-too-many-the-need-to-improve-patient-safety>

<https://www.propublica.org/article/how-many-die-from-medical-mistakes-in-us-hospitals>

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2544638>

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2531993>

-¿Cuáles son los daños de la prevención en los casos de cáncer?

La idea de prevenir el cáncer es muy atractiva. Y de hecho se puede hacer mucho en este campo. Por ejemplo, si se contamina industrialmente menos con dioxina hay menos cánceres. Si no se fuma se evitan muchos cánceres de boca y aparato respiratorio. Si se consume menos alcohol disminuyen

cánceres en muchas localizaciones como boca, garganta, faringe y esófago. Si no se emplea asbesto se evitan muchos cánceres de pleura (mesotelioma). Si se tienen muchos hijos, a edades tempranas, y se les da de mamar se evitan muchos cánceres de mama. Si se come saludablemente disminuye la probabilidad de cáncer de colon. Si se emplea juiciosamente la radiología diagnóstica y terapéutica también se evitan cánceres. En un ejemplo concreto, ante la sospecha de apendicitis aguda en jóvenes, en 2000 casos, si se emplea la TAC (tomografía axial computarizada, “scanner”) para mejorar el diagnóstico se pueden evitar 12 apendicectomías erróneas pero se producirá en el futuro 1 (una) muerte por cáncer inducido por la radiación (generalmente cáncer de ovario) <http://ebm.bmj.com/content/20/1/3.full>

Otra cosa es lo que llamamos “cribado” (“screening”) del cáncer, el diagnóstico precoz del cáncer en personas sin síntomas. Es decir, pruebas que se hacen para diagnosticar el cáncer antes de que dé ninguna molestia. Por ejemplo, la mamografía para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, o la determinación del PSA en sangre para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, o la ecografía (ultrasonidos) y la determinación del CA 125 para el cáncer de ovario, la revisión anual de las “manchas” de la piel para el diagnóstico precoz del melanoma, la determinación de sangre oculta en heces para el cribado del cáncer de colon, la TAC torácica para el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón, etc. Se ha demostrado reiteradamente que tales cribados no “salvan vidas”; es decir, que no disminuyen la mortalidad. Es algo que parece increíble, contra-intuitivo pero cierto, del estilo de que el Sol no da vueltas alrededor de la Tierra. Lo hemos revisado nosotros (Mercedes Pérez-Fernández y yo mismo) en la revista Gaceta Sanitaria, respecto a todos los cribados y también respecto a los cribados del cáncer <http://www.gacetasanitaria.org/es/cribados-una-propuesta-racionalizacion/articulo/S0213911113000745/> Pero también lo han revisado respecto al cribado del cáncer otros autores de gran prestigio, como John Ioannidis (en el International Journal of Epidemiology) y Vinay Prasad (en el British Medical Journal) <http://ije.oxfordjournals.org/content/early/2015/01/14/ije.dyu140.full.pdf+html> <http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6080> El diagnóstico precoz del cáncer mediante cribado no produce beneficios (no disminuye la mortalidad) por lo que hay que evitarlo.

El problema es general, la búsqueda incesante del “diagnóstico precoz”, en la idea de que precoz es equivalente a mejor. Pero el diagnóstico médico no debería ser precoz, sino oportuno y certero. Muchas veces el diagnóstico precoz es inoportuno, pues no añade nada excepto sufrimiento sin ventajas. Por ejemplo en la enfermedad de Alzheimer el adelanto diagnóstico es muchas veces erróneo y el tratamiento no produce mejoría ni retarda el proceso <http://www.actasanitaria.com/un-buen-medico-hace-diagnosticos-precoces-solo-cuando-conviene-el-caso-del-inconveniente-diagnostico-precoz-de-la-demenciaalzheimer/> También conlleva inmensos daños el cribado (diagnóstico precoz) del cáncer de ovario pues no disminuye la mortalidad y provoca efectos adversos graves por las intervenciones quirúrgicas innecesarias en casos benignos, confundidos con malignos <http://www.actasanitaria.com/el-diagnostico-precoz-del-cancer-de-ovario-dana-gravemente-la-salud-diga-al-cribado-del-cancer-de-ovario/> La situación se repite con, por ejemplo, la autoexploración de mamas, que se recomienda para el diagnóstico precoz del cáncer de mama; lo que se logra es multiplicar las cirugías de mama inútiles para diagnosticar lesiones benignas sin disminuir la mortalidad por cáncer de mama, como han demostrado las Revisiones Cochrane <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/ResearchHighlights/Regular%20self-examination,%20CD003373.pdf>

-¿La mastectomía y otros procedimientos para prevenir el cáncer son la vía para no tener la enfermedad?

Dice el refrán que “muerto el perro se acabó la rabia”, y en ese sentido la doble mastectomía bilateral radical preventiva disminuye la probabilidad de tener cáncer de mama (no elimina del todo

la probabilidad pues muchas veces hay tejido mamario ectópico entre las costillas). En la misma línea, si se matara a todos los recién nacidos en Paraguay evitaríamos en el futuro el cáncer en Paraguay, pero parece un sinsentido. Si se nos arrancara la piel, también desaparecerían los cánceres de piel, por supuesto.

Evitando estos disparates que se nos pueden proponer teóricamente, el caso práctico de Angeline Jolie no tiene nada que discutir en lo personal. Lo que es contrario a la ciencia y a la ética es que se nos proponga como ejemplo, pues es una brutalidad, sin más. Las mamas están para disfrutarlas, no para temerlas. Como todo en la vida, su disfrute conlleva riesgos, pero eso es lo esperable.

En el caso del cáncer de mama, se puede evitar mucho si no se irradiara tanto. Por ejemplo, se ha demostrado que se triplica la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres que de niñas y adolescentes tuvieron escoliosis, por efecto adverso tardío del exceso de radiología; habría que ser mucho más prudente en el diagnóstico y seguimiento de la escoliosis, donde hay excesos sin cuento. También aumenta el cáncer de mama si hay contaminación por dioxina; y es más frecuente en las mujeres obesas; y en las que no han tenido hijos o no han dado de mamar. Se puede disminuir el cáncer de mama utilizando menos (o nada) los parches de hormonas en la menopausia

<http://www.lavanguardia.com/vida/20160823/404148017190/estudio-trh-triplica-riesgo-cancer-mama.html>

-¿Es válido el procedimiento o no?

La doble mastectomía radical preventiva disminuye la probabilidad de tener cáncer de mama, pero proponerlo como método universal es un disparate. En el mismo sentido podríamos arrancar las mamas y/o los ovarios a las recién nacidas, para evitar problemas en el futuro.

Ni siquiera está justificado en las mujeres con genes BRCA patológicos, donde se podría dudar pues los estudios no son concluyentes (y en todo caso no se puede popularizar)

<http://equipocesca.org/genes-brca-y-mutilaciones-preventivas-una-respuesta-excesiva-si-se-populariza/>

-Actualmente. ¿Existe un hiper-diagnóstico del cáncer?

Los cribados del cáncer están generando un ejército de personas sobrevivientes al cáncer en falso, por "sobre-diagnóstico" o hiper-diagnóstico (un diagnóstico inoportuno, aunque cierto). A muchas personas se les diagnostica cáncer, y el diagnóstico es cierto, pero es el diagnóstico de un cáncer que nunca les produciría la muerte. En Estados Unidos se calcula que en tres décadas se han "generado" 1.300.000 mujeres con hiper-diagnóstico de cáncer de mama; es decir, que habían sido diagnosticadas y tratadas, y son seguidas, por un cáncer de mama que nunca las mataría

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1206809>

En otro ejemplo, sabemos hace muchos años que el cáncer de tiroides es muy frecuente en personas que han muerto de otras causas. Los primeros estudios en autopsias de pacientes se hicieron en Finlandia, en personas que habían muerto sin enfermedad tiroidea y demostraron cáncer de tiroides en el 36% de los cadáveres. Los autores calcularon que si hubieran hecho cortes histológicos suficientemente finos del tiroides habrían encontrado cáncer en el 100% de los casos. Por ello, es "normal" que los adultos tengamos cáncer de tiroides, sin que se afecte nuestra vida ni sea causa de muerte y en las autopsias se puede demostrar cáncer de tiroides hasta entre el 30 y el 60% de quienes nunca habían padecido de tiroides. Ese cáncer de tiroides tan frecuente es un cáncer histológico (bajo el microscopio), casi nunca biológico (que mate). El cáncer histológico o no se desarrolla, o desaparece solo.

Hay, ciertamente una epidemia de diagnósticos de cáncer de tiroides en el mundo entero, pero no ha aumentado (ni disminuido) la mortalidad por cáncer de tiroides (muy baja, del 0,6 por 100.000 en España, por ejemplo). El peligro es, pues, el médico que diagnostica, no el cáncer. Aumentan los diagnósticos de cáncer de tiroides por los chequeos y cribados con examen físico, ecografías, TAC y resonancia magnética nuclear, pero no disminuye la mortalidad; creamos un ejército de “sobrevivientes al cáncer de tiroides” (con hiper-diagnóstico, o sobre-diagnóstico). Todo ello provoca graves daños adicionales. Por ejemplo, de las 40.000 personas diagnosticados en 2011 en Corea del Sur con un programa de cribado (“screening”, diagnóstico precoz) de cáncer de tiroides de financiación pública, 30.000 fueron intervenidas con tiroidectomía radical y por lo tanto todas ellas deberán recibir tratamiento hormonal sustitutivo para siempre. Unas 3.000 personas intervenidas sufrieron hipoparatiroidismo (al extirpar por error las glándulas paratiroides, que controlan el metabolismo del calcio) y aproximadamente unos 600 quedaron mudas por parálisis de las cuerdas vocales como efecto secundario de la intervención quirúrgica. En Corea del Sur no disminuyó la mortalidad por cáncer de tiroides de forma que todos esos daños no sirvieran para nada bueno <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1409841> Pero cabe la esperanza pues en el mismo país 8 médicos formaron un grupo para difundir en los medios de comunicación públicos las terribles consecuencias del exceso del sobre-diagnóstico de cáncer de tiroides y han conseguido la reducción del 30% del mismo <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1507622> En todo caso, el problema es mundial pues hay una epidemia de sobre-diagnósticos y sobre-tratamientos de cáncer de tiroides que se calcula ha llevado a la extirpación innecesaria del tiroides en más de medio millón de personas (casi todas mujeres) <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1604412>

-¿Someterse a un exceso de ecografías y tomografías por controles preventivos. ¿Afectan a la salud de la persona? ¿Cómo? (Usted ejemplificó con el caso de la radiación que sufrieron los sobrevivientes de la bomba atómica en Hiroshima).

Ya he citado varios ejemplos al respecto. Así, las ecografías para el cribado (diagnóstico precoz) del cáncer de ovario, que llevan a más intervenciones quirúrgicas innecesarias, con sus complicaciones, sin disminuir la mortalidad. O las ecografías innecesarias en los chequeos de tiroides.

También el daño que provocan las TAC en la mejora del diagnóstico en la sospecha de apendicitis aguda (una muerte por cáncer, si se hace en 2.000 jóvenes). Así mismo, he puesto de ejemplo cómo se triplica la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres que de niñas y adolescentes fueron estudiadas y seguidas por escoliosis.

Y sí, efectivamente, el mayor peligro y daño se produce por el abuso de las TAC especialmente en niños y adolescentes. En un artículo en el British Medical Journal se comparó el daño de la irradiación por 5 (cinco) TAC al provocado por la radiación de la bomba atómica a los sobrevivientes en Hiroshima <http://www.bmj.com/content/334/7601/1006>
<http://www.actasanitaria.com/cinco-tac-scanner-equivalen-a-la-bomba-atomica-de-hirosima/>

Hay que pensar en el daño que provocan muchos chequeos de “gama alta” que ofrecen la TAC del cuerpo entero, como si fuera algo con beneficios sin daños. No es que las TAC sean “maliciosas” en sí mismas, sino que su uso innecesario llega a provocar daños que no compensan.

En el caso de la TAC, nada como la legislación en Texas (Estados Unidos) que obliga a que todas las aseguradoras (públicas y privadas) ofrezcan una TAC coronaria preventiva cada cinco años a sus asegurados. Con la TAC coronaria se pretende seguir el proceso de calcificación de las arterias y poder intervenir precozmente para tratar los factores de riesgo y evitar infartos y muertes por isquemia coronaria. Lo lamentable es que esa pauta preventiva carece de fundamento ya que nadie ha demostrado su utilidad <https://www.heart.org/idc/groups/heart->

public/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm_437479.pdf

Se radiará, pues, a la población sin ningún beneficio. Da igual que se eviten daños anecdóticos a cada paciente en particular y que la TAC se haga con una perfección inimaginable, con toda la seguridad del mundo. Si nos tomamos en serio la seguridad, lo lógico es evitar esa norma que producirá, por cada pasada quinquenal unos 200 cánceres y unos 200.000 falsos positivos (con los daños consiguientes al interpretar en falso que hay lesiones de las arterias coronarias).

En corro y por derecho, triunfa el negocio sobre la ciencia y se hacen TAC de coronarias sin ningún fundamento <https://myheartsisters.org/2014/08/24/heart-scans-the-triumph-of-profit-over-science/>

-¿Se puede morir por exceso de atención médica?

Sí. Tan nefasto es la falta de atención médica como su exceso.

En el mundo es mayor problema la falta de acceso a una buena atención que los excesos de la misma, dado que son miles de millones los humanos sin cobertura sanitaria. Por ejemplo, mueren más personas por falta de acceso a los antibióticos que necesitan que por las resistencias bacterianas provocadas por su uso irracional.

Pero en el mundo desarrollado, y entre los ricos de los países en desarrollo, las intervenciones médicas se han convertido en la tercera causa de muerte. Lo demostró en un trabajo clásico Bárbara Starfield, profesora en la Universidad Johns Hopkins, en el año 2000, en el Journal of American Medical Association; calculó que eran 225.000 las muertes evitables producidas en los hospitales de Estados Unidos por la actividad médica <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192908> En 2016 se publicó en el British Medical Journal una nueva revisión de la mortalidad por errores médicos en los hospitales de Estados Unidos, por autores de la misma universidad, y se llegó a la cifra de 250.000 anuales <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>

Se puede decir que es frecuente la muerte por exceso de atención médica.

-Usted habla que algunos cánceres y tumores ni siquiera pueden ser tan fatales como parecen ¿Por qué?

Cada vez sabemos más respecto al cáncer y por ello logramos curar muchos, como cánceres de piel extirpados por completo, algunos linfomas y otros. Pero es todavía mucho lo que desconocemos y, de hecho, incluso empleamos inapropiadamente la misma palabra ("cáncer") para procesos muy distintos.

Como he explicado a propósito del cáncer de tiroides, podemos decir que todos tenemos tal cáncer pues el examen fino de nuestro tiroides permitiría diagnosticar la presencia de células cancerosas. Lo mismo sucede en la próstata, en la piel, en las mamas, en el colon, etc. Todos tenemos/tendremos cáncer sin que eso nos mate pues el cuerpo es capaz de controlar, y eliminar o contener de por vida muchos cánceres, como se publicó en la mejor revista científica del mundo, Nature <http://www.nature.com/nrc/journal/v14/n4/full/nrc3703.html> <http://www.actasanitaria.com/todos-tenemos-cancer/>

El error es atribuir la misma malignidad a todos los cánceres diagnosticados, pues eso lleva a "sobre-diagnóstico". Algunos cánceres, pocos, tienen capacidad de crecer sin límite y capacidad de dar metástasis hasta matarnos. Pero muchos cánceres son silentes, no crecen y nunca nos matarán; por ejemplo, casi el 40% de los cánceres de mama diagnosticados mediante la mamografía nunca matarían a la mujer; en el caso de los varones, la cifra sube al 60% en los cánceres de próstata diagnosticados tras la determinación del PSA. Lamentablemente la ciencia no se ha preocupado

seriamente por esta cuestión hasta hace un par de años, cuando finalmente los National Institute of Cancer de Estados Unidos convocaron ayudas para distinguir entre los cánceres que matan y los que no <https://prevention.cancer.gov/news-and-events/news/consortium-molecular> . El lector interesado puede encontrar ayuda en mi texto acerca del “sobrediagnóstico para principiantes” <http://equipocesca.org/sobrediagnostico-para-principiantes-sobrediagnostico-de-cancer-y-cribado-screening-cuando-el-diagnostico-no-ayuda-ni-en-la-calidad-ni-en-la-expectativa-de-vida/>

-¿Hay una menor mortalidad del cáncer mediante el diagnóstico precoz?

En general no hay menor mortalidad del cáncer mediante el diagnóstico precoz, y por eso los cribados de cáncer no disminuyen la mortalidad. En algunos cribados, como cáncer de mama con mamografía y cáncer de colon con detección de sangre oculta en heces, se demuestra menor mortalidad por dichos cánceres, pero no menor mortalidad general. Es decir, las muertes que evitamos se compensan con muertes por los procedimientos innecesarios consecuentes en otros pacientes.

Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama se ha demostrado que al final, al cabo de diez años de hacer cada dos años cribado a 1.000 mujeres de 50 a 69 años: 1/ hay 1 caso de muerte menos por cáncer de mama, 2/ hay entre 10 y 15 mujeres tratadas como si tuvieran cáncer de mama maligno pero sin tenerlo (sobrediagnóstico, con tratamiento y seguimiento de por vida) y 3/ se produce estrés por falso positivo en más de 200 mujeres.

Las muertes por cáncer de mama pasan de 5 a 4 entre las 1000 mujeres de 50 a 65 años cribadas durante diez años. En sentido absoluto se disminuye la mortalidad por cáncer de mama un 0,1% (baja del 0,5% al 0,4%). Se dice en el sentido relativo, que disminuye un 21% la mortalidad por cáncer de mama al cabo de diez años de cribados cada dos años (en mujeres de 50 a 69 años). Es como si en unas rebajas el precio de un objeto pasara de 0,5 a 0,4 euros y lo anunciaran como "¡Compre! ¡Barato! ¡Rebaja del 21%!". En Suiza, el Consejo Médico Federal ha aconsejado el abandono de las mamografías de cribado, del diagnóstico precoz del cáncer de mama, pues sus daños no compensan sus beneficios <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1401875> Tenga en cuenta que las mamografías de cribado en mujeres de menos de 50 años se asocian a incremento de la mortalidad por cáncer de mama <http://equipocesca.org/mamografia-y-cancer-de-mama-informacion-imprescindible/>

Por supuesto, el diagnóstico precoz del cáncer incrementa la perspectiva de vida a los 5 años ya que muchos cánceres que se diagnostican no tienen ninguna importancia.

El resultado da una falsa esperanza de que con el cribado se mejora la vida, lo cual es falso. El Harding Centre, del alemán Instituto Max Plank, insiste en múltiples publicaciones acerca del error de interpretar el incremento de la supervivencia a los 5 años como demostración del éxito de los cribados de cáncer <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192788#> <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f548>

Lamentablemente, el diagnóstico precoz del cáncer sólo lleva a vivir más tiempo sabiendo que se tiene cáncer. El paciente sabe que tiene cáncer y cree que ha sido “salvado” de morir de cáncer, pero en realidad está sobreviviendo a los médicos y a sus procedimientos innecesarios por hacerle creer que tiene un cáncer que le mataría <http://www.actasanitaria.com/titular/> De hecho, la mortalidad por cáncer ha disminuido poco a lo largo del último medio siglo, y los avances se deben a mejoras sociales y médicas como la cobertura pública por un sistema nacional de salud y avances diagnósticos y procesos de tratamiento cuando el cáncer da síntomas.

-Entonces, ¿Cuándo debemos acudir al médico?

El paciente prudente acude al médico cuando es lógico, cuando presenta síntomas que hacen sospechar alarma. Por ejemplo, la rectorragia (eliminar sangre por el recto, normalmente con las heces) es muy frecuente. Muchos pacientes tienen experiencia de que se debe a una fisura, a hemorroides, al sexo anal, a la ingesta de determinados alimentos/condimentos, etc y no consultan al médico. En un estudio en Holanda se calculó que tenían cáncer de colon/recto el 0,1% de los todas las personas que tenían rectorragia. Los pacientes eran prudentes, y cuando consultaban con su médico de cabecera (en Holanda todos las personas tienen un médico de cabecera, del sistema público) tenían cáncer de colon/recto el 2%. A su vez, entre los pacientes remitidos por el médico de cabecera al especialista de digestivo la frecuencia había subido al 36%. Así se justifica que dicho especialista haga actividades peligrosas como colonoscopia y TAC a dichos pacientes remitidos por el médico de cabecera, pues “vale la pena”. No valdría la pena hacer colonoscopias y TAC directamente a todas las personas con rectorragia, pues provocaríamos más daños que beneficios. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100019

-¿Estar enfermo es un negocio? ¿Por qué?

Estar enfermo es sufrir pues la enfermedad implica siempre cierto grado de pérdida de autonomía y una sensación de fragilidad y debilidad que nos conmueve. Enfermar es una situación de la que no nos libraremos nadie, excepto aquellos que mueran en plena y sana infancia/juventud por un accidente. Para atender profesionalmente a los enfermos estamos los médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, auxiliares de clínica y otros muchos profesionales sanitarios. Empleamos recursos varios, el más importante el tiempo de dichos profesionales para aplicar el mejor conocimiento científico y la buena práctica clínica, los medicamentos, los materiales y métodos diagnósticos, los recursos quirúrgicos, los tratamientos con radiaciones, la rehabilitación, etc.

Naturalmente, “quien al altar se dedica que viva del altar” y, en buena lógica, los profesionales sanitarios reciben una remuneración apropiada, según su formación y capacidad. Del mismo modo obtienen rentas monetarias proporcionales las industrias médicas, desde las que producen guantes de un solo uso a las que fabrican los TAC, pasando por las industrias farmacéuticas y otras. Si todo va bien, hay un balance social positivo entre los costes y los beneficios.

Frecuentemente, la avaricia y el afán de lucro desmedido lleva a “generar actividad médica innecesaria”, muchas veces “creando enfermedad y enfermos”, lo que en inglés se denomina “disease mongering”. Por ejemplo, atribuyendo a la osteoporosis una gran importancia tras la menopausia, por más que lo sea sólo en las mujeres a los 80 años y más. Se convierte a la osteoporosis en enfermedad y se proponen métodos diagnósticos como la densitometría y tratamientos varios a mujeres, que no se beneficiarán de ellos. Se está creando un negocio donde todo lo que se debería hacer es aconsejar contra el tabaco, promover el ejercicio moderado al aire libre y fomentar una sana dieta. Al tiempo, los médicos olvidan la importancia de las caídas en las fracturas y prescriben en exceso psicofármacos (hipnóticos y otros), anti-hipertensivos y medicamentos varios que provocan caídas y fracturas de cuello de fémur. Es decir, se malgasta el dinero en “la prevención de la osteoporosis” y se gasta en exceso en medicamentos innecesarios que provocan caídas. De todo ello he escrito y publicado: <http://www.actasanitaria.com/la-arruga-es-bella-la-osteoporosis-tambien-evite-las-caidas-y-los-medicamentos-que-las-producen/>

http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/61C2FB0A-1915-414B-AC23-E60E6A172E87/261957/Bit_v21n3.pdf

-¿El colesterol necesita un tratamiento? ¿Cuál es su posición al respecto?

El colesterol es un esteroide, un lípido, un tipo de grasa imprescindible para la vida pues cumple múltiples funciones incluyendo formar parte de la pared de las células. El colesterol es fundamental para sintetizar hormonas como las sexuales, y es componente básico en el sistema nervioso. “Tener colesterol” es señal de estar vivo, de no ser materia inerte.

Desde hace muchos años existe una “hipótesis lipídica”, en relación con las enfermedades cardiovasculares y especialmente el infarto de miocardio. En poblaciones con pésima alimentación y estilos de vida sedentarios, con tabaquismo, tipo la de los países anglosajones en los años 60 y 70 del pasado siglo, se demostró una asociación entre niveles de colesterol en sangre y frecuencia de enfermedad cardiovascular y por ello se emprendieron distintas campañas para disminuir el nivel del colesterol y mejorar el estilo de vida. También se demostró que tras el infarto de miocardio era muy importante bajar el colesterol en sangre para disminuir la probabilidad de su repetición.

Sin embargo, nunca se demostró que bajar el colesterol en sangre de personas sanas mejorara la salud en los individuos, ni que las dietas bajas en grasa fueran útiles <http://www.nogracias.eu/2015/08/09/el-colesterol-en-sangre-la-mortalidad-coronaria-y-el-nice-lecciones-de-prevencion-primaria-y-de-mucha-presuncion-por-juan-gervas/> <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i919> Para poner un ejemplo, comer huevos fritos no tiene nada que ver con los infartos de miocardio. Si está sana y le gustan los huevos, coma los que quiera, hasta uno al día, sin ninguna preocupación <http://www.bmj.com/content/346/bmj.e8539>

Otra cosa es la prevención secundaria, el mantener controlados los niveles de colesterol tras tener un infarto de miocardio, que es pauta con fundamento científico.

-Entonces, ¿cuál es la vía para cuidar la salud? (¿Alimentación saludable, volver a los ejercicios?)

La salud es un producto social y, por ejemplo, genera mucha salud una buena democracia que evite grandes desigualdades. Así, lo más importante para la salud en individuos y familias es el nivel educativo y para una nación contar con un buen sistema público de educación. En todo caso, intente formarse y estudiar a lo largo de toda su vida. Promueva una sociedad justa y solidaria que cuente con un sistema sanitario público de cobertura universal que lleve los cuidados médicos a quienes más los necesitan, a los excluidos, como prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros; muchas veces en salud no se trata de “estilos de vida” sino de “condiciones de vida”, que llegan a ser horribles. Recuerde que en general se cumple la Ley de Cuidados Inversos (“reciben menos atención médica los que más lo precisan, y esto se cumple más intensamente cuanto más se oriente a lo privado el sistema sanitario”).

También es importante tener una red social, con familiares, amigos, vecinos y compañeros del trabajo, de forma que vale la pena soportar al “cuñado molesto” en las fiestas de Navidad, por ejemplo.

El optimismo tiene un impacto tremendo en la salud y por ello es positivo ver lo bueno de la vida, sin llegar a la “ceguera” (como defendía Miguel de Unamuno, tenga “un pesimismo moderadamente optimista”). En todas las circunstancias cabe disfrutar de la vida, si no en el momento del agobio, en ratos posteriores.

Beba agua potable del grifo y evita las bebidas refrescantes y energizantes, así como los postres de dulces y helados. Disfrute de una alimentación saludable tipo mediterráneo; es decir, con pan, legumbres, pescados, verduras, frutas, vino, etc. Sobre todo, coma sólo a las “horas de comer” y disfrute de la comida en compañía de familiares y amigos. No olvide que la dieta mediterránea incluye estar sentado en una mesa, con mantel y con tiempo para la cháchara intrascendente en la

sobre-mesa. Evite la comida basura/chatarra y procure tener tiempo para cocinar en casa.

Si le gusta algún tipo de deporte, practíquelo. Sirve el simple pasear en buena compañía al aire libre, en parques y jardines o en el campo, montañas y a la orilla del mar. También son sanos otros deportes que se hacen por gusto, como nadar, el ciclismo y muchos más. Recuerde que es un enfermo si hace deporte por estar sano.

Disfrute del sexo, sola o en compañía. No se reprima en cuanto a la modalidad de sexualidad, siempre que sea consentida entre adultos. Tenga las precauciones lógicas, pero sin seguir los consejos obsesivos de los médicos. Recuerde que el sexo es hoy por hoy una actividad sin impuestos de la que se puede repetir, así que ¡a disfrutarlo!

Visite poco a los médicos, sólo en caso de necesidad y para cosas preventivas muy concretas, como algunas vacunas imprescindibles tipo contra la polio y contra el tétanos. En lo personal, cuente siempre y para siempre (si es posible) con un médico de cabecera accesible, científico, «humano» y prudente. Utilícelo con moderación y trate de que coordine todos los servicios sanitarios que precise. No consulte con los otros especialistas sin pasar por el médico de cabecera. Recuerde que en urgencias sobreabundan la confusión y el caos; acuda a ellas sólo en situaciones muy justificadas. El consumo sanitario siempre puede producir efectos adversos y conviene buscar el balance positivo entre beneficios y riesgos a corto y a largo plazo.

-¿Se puede afirmar que hay mercantilización en la medicina moderna?

Sí, sin ninguna duda. Se ofrecen servicios médicos de más a quienes no los precisan por afán de negocio. Sirva de ejemplo la revisión ginecológica anual, que carece de fundamento científico en la mujer sana, como revisé en su día y acaba de revisar la US Preventive Services Task Force <http://www.actasanitaria.com/mi-ginecologo-pero-por-que-tener-un-ginecologo-si-la-revision-anual-es-inutil/> <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-evidence-review148/gynecological-conditions-screening-with-the-pelvic-examination/>

También sirve de ejemplo casi todo lo que se le hace a la embarazada pues carece de fundamento científico. Así, la prescripción de suplementos de multi-vitaminas y minerales, innecesarios en la mujer sana que se alimenta correctamente <http://www.bmj.com/company/wp-content/uploads/2016/07/DTB-multivitamins.pdf> <https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/2016/08/16/hemos-leido-multivitamin-and-mineral-supplements-in-pregnancy-are-unnecessary-expense-bmj-2016354i3821/>

En otro campo, la salud dental, toda la mercantilización de la extirpación preventiva del tercer molar (muela del juicio). No digamos nada de la recomendación de limpieza con hilo/seda dental, que carece de fundamento científico <https://www.theguardian.com/us-news/2016/aug/02/dental-floss-proof-works-guidelines-dropped>

-¿Cuál es el secreto para tener una vida larga y saludable? (Teniendo en cuenta las restricciones hasta en la alimentación).

No hay secreto alguno. Intente ser feliz dadas sus circunstancias, y ayude a que sean felices los que le rodean. Comprométase con los excluidos para mejorar la sociedad. Diviértase, sea alegre en lo que quepa, tenga un trabajo que le llene, coma, beba, tenga sexo, disfrute de familiares y amigos, viva y deje vivir.

-Usted que habla que los chequeos no sirven para nada. ¿Por qué? (Si puede ejemplificar los

casos)

Los chequeos tienen más de cien años de historia, y jamás han logrado demostrar que mejoran la salud ni que disminuyan la mortalidad,, como han demostrado las Revisiones Cochrane <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010896015&DocumentID=CD009009> Los chequeos son una muestra más de la mercantilización de la medicina.

La popularidad de los chequeos entre los pacientes indica expectativas irreales acerca del poder de la medicina, y el abandono de la salud en manos de los médicos. Es el médico el que adquiere el poder de decir «todo está bien, está usted sano», y con ello se convierte en «guardián de la salud». Es una expropiación de la salud, pues la salud deja de ser una gozosa vivencia personal y deviene un bien vicariante, certificado por el médico para sentirlo plenamente.

Es conveniente buscar ayuda para la enfermedad, pero la salud es cuestión personal y social, no médica. En la búsqueda de una seguridad imposible se cede soberanía sanitaria y se pierde salud.

Los chequeos también indican la búsqueda de una salud imposible, de una vida sin incertidumbre y sin riesgos. Se busca desesperadamente el diagnóstico precoz y se teme patológicamente a la enfermedad y a la muerte, pero el riesgo nulo/cero de enfermedad y muerte no existe.

A veces los chequeos se mezclan con la medicina defensiva. Por ejemplo, es el caso de los chequeos preoperatorios, que carecen de sentido como tales. En pacientes sin enfermedad conocida que pueda complicar el curso quirúrgico es innecesario el ritual básico y obligatorio de pruebas preoperatorias de análisis de orina y sangre, ECG y radiografía de tórax, complementado a veces con espirometría y otras pruebas. En ensayos clínicos se ha demostrado que lo importante y útil es el simple informe del médico de cabecera que conoce al paciente.

Además, también se ha demostrado que entre el 30 y el 60% de las anomalías preoperatorias encontradas en las pruebas de rutina no son estudiadas, pues los médicos saben que en muchos casos son falsos positivos, pero esa actitud se vuelve en su contra si después hay complicaciones y el juez demuestra la irracionalidad del médico. La medicina defensiva es en realidad medicina «ofensiva» para el paciente y poco inteligente incluso para el propio médico.

Además de innecesarias, las pruebas preoperatorias a que se somete de rutina a los pacientes en los hospitales son costosas. Se ha calculado que su uso apropiado ahorraría más de 3 millones de euros anuales en los hospitales del Servicio Canario de Salud (España), sin tener en cuenta los costes inducidos por los falsos positivos y el sobre-tratamiento. Un campo, pues, para la racionalidad que ahorraría costes y daños.

-Sin embargo, muchas mujeres con un chequeo de mamografía alegan que han logrado la sobrevida mediante un diagnóstico precoz ¿entonces es bueno o no un control?

Como he comentado, las mamas son para disfrutarlas pues tienen importancia en la autoestima femenina, en su sexualidad y en la maternidad. Los chequeos son inútiles y peligrosos, y la mamografía de cribado (de diagnóstico precoz) es actividad a evitar, como la autoexploración de mama.

-Es valedera la frase: más vale prevenir que curar?

La frase es cierta pero hay que corregirla en el sentido de “más vale prevenir que curar, cuando prevenir hace menos daño que curar”

-¿Cuál es su posición con relación a las vacunas? ¿Sirven o no?

Hay vacunas y vacunas. Hay vacunas imprescindibles, que producen inmensos beneficios; ya he

citado la de la polio y la del tétanos, pero también la de la rubeola, las paperas y el sarampión y otras muchas. Hay vacunas útiles pero de uso específico como, por ejemplo, la del enterovirus, la de la rabia, la de la fiebre Q y la de la fiebre amarilla. Y hay vacunas inútiles que se deben rechazar como la del virus del papiloma y la de la gripe. El lector interesado puede leer <http://www.actasanitaria.com/16-vacunas-16-una-una/>

En todo caso carece de fundamento científico la postura a favor de “todas las vacunas” pues cada vacuna es un mundo. No todas las vacunas son iguales <http://www.nogracias.eu/2015/06/05/editorial-nogracias-vacunas-no-todas-son-iguales/>

-¿Es mejor la atención que la prevención?

Conviene la prevención si se puede prevenir con un balance positivo entre beneficios y daños. Por ejemplo, cuando el médico de cabecera aconseja al paciente fumador contra el tabaco.

Pero las actividades preventivas valiosas y eficaces son muy pocas por lo que la atención es clave, y lo seguirá siendo siempre. Conviene atemperar las expectativas excesivas en la prevención

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608618437/fulltext?rss=yes>

-Finalmente, entonces ¿nos queda disfrutar de la vida o no?

En toda ocasión hay oportunidad para ver el lado optimista, y para tomar fuerzas para seguir exigiendo un mundo más justo y equitativo.

¡Disfrute de la vida!

¡Vivir es una función de teatro de sesión continua e irrepetible, no pierda el tiempo en la amargura!

¡Se hará vieja antes de lo que piensa, y entonces no habrá oportunidad ni de “rebobinar” para volver a empezar ni de vivir una espléndida vejez (que se prepara con una juventud-madurez plena)!