

ABUSO DE LA PREVENCIÓN CLÍNICA. EL CRIBAJE DEL CÁNCER DE MAMA COMO EJEMPLO

ABUSO DA PREVENÇÃO CLÍNICA: O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA COMO EXEMPLO

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid); Equipo CESCA, Madrid; Profesor en la Escuela Nacional de Sanidad (Departamento de Salud Internacional y Profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (Departamento de Salud Pública).

Correspondência: Juan Gérvas (jgervasc@meditex.es)

RESUMEN

Es prevención la actividad sanitaria que pretende evitar daños futuros con actividades en el presente. La prevención se adorna de un aura de beneficios que no se justifican científicamente sino por los intereses que mueve. Estos intereses son industriales, profesionales, políticos y sociales. Puesto que los recursos son finitos, la prevención lleva la transferencia de recursos desde las actividades curativas (y de las actividades preventivas mismas, entre las que tienen gran beneficio con poco coste y perjuicios a las que obtienen resultados marginales a costes exagerados). La colusión de intereses lleva a la participación entusiasta de los profesionales, de la población y de los pacientes en las actividades preventivas, hasta cierto punto ofrecidas sin mucha discriminación ni selección. Los daños se ignoran y la prevención se expande sin límites, de forma que cabe dudar de que se compensen los perjuicios con los beneficios. En las actividades preventivas parece que el fin justifica los medios. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama puede ser que el cribado logre simplemente adelantar el diagnóstico de cánceres indolentes, de evolución incierta (muchos, casi la cuarta parte, curan espontáneamente) al precio de retrasar el diagnóstico de cánceres agresivos, invasivos, de mayor mortalidad. Así, en Castilla-León (España), el programa de prevención con mamografía del cáncer de mama logra adelantar el diagnóstico de uno de cada siete cánceres (indolentes, no agresivos) y retrasa uno de cada nueve (agresivos, invasivos). Por todo ello es clave la prevención cuaternaria, conjunto de actividades sanitarias que tienen por objetivo impedir o paliar el daño causado por las intervenciones sanitarias, preventivas y curativas. Conviene tener precaución con la prevención.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Tamizaje Masivo; Evaluación de Resultados de Acciones Preventivas; Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones.

RESUMO

Entende-se por prevenção a ação de saúde que pretende evitar danos futuros com ações realizadas no presente. A prevenção é enfeitada de uma aura de benefícios que não são justificados cientificamente, mas sim por interesses industriais, profissionais, políticos e sociais que a movimentam. Considerando que os recursos são finitos, a prevenção leva à transferência de recursos que seriam destinados às atividades curativas (e às próprias atividades preventivas, desde aquelas com grande benefício e custos e prejuízo baixos, até as que apresentam resultados marginais e custos exagerados). O conluio das partes interessadas leva à entusiasmada participação dos profissionais, da população e dos pacientes nas atividades preventivas, até certo ponto oferecidas sem muita discriminação e seleção. Os danos são ignorados e a prevenção se expande sem limites, de forma que cabe duvidar se esses danos são compensados pelos benefícios. Nas atividades preventivas, parece que o fim justifica os meios. Por exemplo, no caso do câncer de mama, pode ser que os exames preventivos logrem, simplesmente, adiantar o diagnóstico de cânceres assintomáticos, de evolução incerta (muitos, quase um quarto, curam-se espontaneamente) à custa de retardar diagnósticos de cânceres agressivos, invasivos e de maior mortalidade. Assim, em *Castilla-León* (Espanha), o programa de prevenção de câncer de mama com mamografia acarreta um diagnóstico rápido de um de cada sete cânceres (assintomáticos, não agressivos) e retarda um de cada nove (agressivos e invasivos). Por tudo isso, é fundamental a prevenção quaternária, conjunto de atividades de saúde que tem por objetivo impedir ou minimizar os danos causados pelas intervenções de saúde, preventivas e curativas. Convém ter precaução com a prevenção.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Programas de Rastreamento; Avaliação de Resultado de Ações Preventivas; Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções.

INTRODUCCIÓN

Dicen que el infierno está lleno de buenas intenciones, y de forma similar el infierno de los daños provocados por la actividad del sistema sanitario está cada vez más lleno de las consecuencias de la buena intención que conlleva la prevención. Es prevención la actividad sanitaria que pretende evitar daños futuros con actividades en el presente. Como toda actividad sanitaria, la prevención tiene beneficios y perjuicios, en el presente y en el futuro. Para que se justifique la actividad preventiva sus beneficios deberían superar a sus perjuicios.

Conforme se expande el número y el contenido de las actividades de prevención los beneficios empiezan a ser inciertos, y los daños innegables. Es decir, los beneficios son marginales y los daños cardinales. La prevención deviene omnipotente y arrogante^{1,2}. En el último medio siglo, de imperio de los "factores de riesgo" y de su evitación, la prevención se ha implantado cada vez con menos precaución³⁻⁷. La ampliación del campo de acción de la prevención lleva incluso a confusión de su propia definición, y de esa forma la prevención es un concepto cada vez más difuso⁶.

La actividad preventiva clínica (en el curso de la atención personal, en el encuentro entre el profesional -médico, enfermera, farmacéutico, trabajador social, otro- y el paciente) lleva implícito un contrato muy diferente al de la atención clínica curativa^{7,8}. Cuando el paciente busca la curación y/o alivio de su sufrimiento/agobio/dolor se justifican muchas actividades, pese al daño que puedan producir. Buen ejemplo es la sedación terminal, que en la búsqueda del alivio de los signos y síntomas de la agonía conlleva la muerte cierta. Respecto a la prevención, los términos del contrato son distintos, y es de rigor que los inconvenientes sean minúsculos frente a las evidentes ventajas. Es decir, no debería haber dudas de los beneficios de la prevención en el caso concreto del paciente (o del grupo de población) al que se aplica, en su contexto y con sus condiciones, y dichos beneficios deberían superar en mucho los perjuicios^{7,8}.

Sin embargo, se ofrece la prevención con tal aureola positiva que la población, los pacientes, y muchos profesionales sólo ven las ventajas, sin considerar los inconvenientes⁹.

Esta visión sesgada es engañosa y no siempre inocente.

De hecho, en general carecemos de información científica suficiente para ofrecer prevención como se ofrece, pues apenas hay ensayos clínicos con validez externa suficiente, y carecemos de estudios sobre la mejor selección de actividades en casos y situaciones concretas^{10,11}.

La prevención se adorna de un aura de beneficios que no se justifican científicamente sino por los intereses que mueve. Estos intereses son industriales, profesionales, políticos y sociales³.

Los intereses industriales se refieren a los de la industria farmacéutica (vacunas, por ejemplo) pero incluyen los de la industria tecnológica (mamógrafos, por ejemplo), la industria alimentaria (los "omega" como ejemplo) y de la industria de gestión sanitaria (aseguradoras y captación de mujeres sanas de clase media-alta, por ejemplo) además de otros como los de la industria editorial, de medios de comunicación y demás.

Los intereses profesionales son variados, y van desde los de grupo (por ejemplo, de los salubristas que trabajan en este campo, las sociedades de tocólogos, etc) a los de cátedras y departamentos universitarios, pasando por los de individuos que logran ventajas materiales y de carrera. Incluso el personal clínico que ofrece y lleva a cabo las actividades preventivas obtiene en su realización prestigio que compensa los sinsabores de las actividades curativas. Por ejemplo, las enfermeras prefieren las actividades preventivas a las curativas. Conviene tener en cuenta a los nuevos sectores que se incorporan al campo de la prevención; por ejemplo, psicólogos y maestros con la medicalización del fracaso escolar.

Los políticos han encontrado en la prevención un filón aparentemente inagotable de promesas sin inconvenientes. Por ejemplo, para ofrecer a las mujeres actividades que siempre tienen un aspecto positivo, sin peligro de equivocación, como "mayor frecuencia de mamografías a mujeres más jóvenes". Todo se justifica, además, por el menor gasto que se atribuye a largo plazo a la prevención¹². Por ejemplo, así se justifica el uso de estatinas en la prevención del "riesgo cardiovascular", por más que sea una promesa incumplida. Se llega a ignorar, incluso, la Ley de Hierro de la epidemiología, que establece que todo el que nace muere. Pareciera que si se previene "todo" se lograría la vida eterna en la Tierra^{2,13,14}. Con ello se justifican actividades preventivas de beneficio marginal y de coste brutal (para lograr, por ejemplo, un Año de Vida Ajustado por Calidad con la introducción de la vacuna

contra el virus del papiloma humano, especialmente si la duración del efecto de la misma no llega a los treinta años)¹⁵.

Puesto que los recursos son finitos, la prevención lleva la transferencia de recursos desde las actividades curativas (y de las actividades preventivas mismas, entre las que tienen gran beneficio con poco coste y perjuicios a las que obtienen resultados marginales a costes exagerados).

La sociedad está deslumbrada por los avances científicos y técnicos de la Medicina y de la Salud Pública, de forma que las creencias milenarias en una juventud eterna se empiezan a ver como posibles, al alcance de la mano si se adoptan determinadas pautas preventivas, determinadas conductas sancionadas como saludables, como ideales, y que hasta cierto punto se pueden imponer por el "bien común"; es la salud obligatoria^{2,13,14}. Así, por ejemplo, se penaliza en Alemania la atención al paciente con cáncer de colon que no ha participado en las campañas de cribado del mismo. La sociedad encuentra en la prevención la justificación científica que substituye a la religiosa para establecer normas y pautas morales de conducta, desde alimentarias a sexuales. Las clases altas y educadas llevan la antorcha de este nuevo culto, pues ellas tienen más que esperar de la vida en una sociedad desigual.

La colusión de intereses lleva a la participación entusiasta de los profesionales, de la población y de los pacientes en las actividades preventivas, hasta cierto punto ofrecidas sin mucha discriminación ni selección.

Los daños se ignoran y la prevención se expande sin límites, de forma que cabe dudar de que se compensen los perjuicios con los beneficios.

Conviene, pues, tener precaución con la prevención⁷.

ALGUNAS CONSIDERACIONES A PARTIR DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA

En cuatro palabras "Las mamografías salvan vidas", dice la propaganda que reciben a domicilio las madrileñas de cincuenta y más años. Con esta propaganda postal personal las madrileñas se saben "señaladas", seleccionadas a partir del censo, e invitadas a participar en la campaña de prevención del cáncer de mama. En el folleto se destacan las ventajas de la participación sin considerar ni por asomo el menor inconveniente. Todo es beneficio sin atisbo de perjuicio. Pareciera

que ni hay falsos positivos ni existen los falsos negativos, ni la mamografía produce dolor físico en su realización, ni hay problema alguno en la interpretación de la misma lo cual es falso todo¹⁶. De hecho, el folleto conlleva un mensaje subliminal del tipo de "...si luego tiene cáncer de mama y no ha participado, ¡allá usted!". El folleto crea sentimientos de culpa si se llega a decidir no participar. Todo se justifica por "el bien futuro", por el diagnóstico precoz que lleva a la curación. Si la mujer se atreve a discrepar y pide que se le "borre" del listado de mujeres a las que enviar carta recibe por respuesta que se trata de una actividad de salud pública que justifica el envío masivo y personalizado de la información, y el uso del censo para lograr el objetivo. Es decir, se trata a las madrileñas como menores de edad y se manipula su decisión, que de ninguna forma puede considerarse "informada". Se llega así a la creación de un estado de opinión social que ve a las mujeres no participantes como "asociales", de forma que el justo castigo es el cáncer de mama, y no estaría mal que además tuvieran alguna penalización, de estilo de las implantadas en Alemania. La no participación es casi causa de cáncer de mama.

Curiosamente, la prevención se libra de las consideraciones de "consentimiento informado" que se imponen y exigen con fuerza en las actividades curativas. Es tan poderoso el atractivo del bien prometido, que la prevención no precisa de mayor información que la alegre participación libre de prejuicios. En las actividades preventivas parece que el fin justifica los medios. Sin embargo, ni siquiera el fin es claro. Por ejemplo, en el cribado del cáncer de mama es cierto que se puede lograr hasta un 20% de disminución de muertes por cáncer de mama, pero eso representa disminuir las muertes tras más de una década de intervenciones del 0,5% al 0,4% (¡sin disminuir la mortalidad global en el grupo de mujeres sometidas al cribado!)¹⁷. Además, ese logro se consigue en determinadas circunstancias, bien lejos de las locales. Así, puede ser que el cribado "local" logre simplemente adelantar el diagnóstico de cánceres de mama indolentes, de evolución incierta (muchos, casi la cuarta parte, curan espontáneamente) al precio de retrasar el diagnóstico de cánceres agresivos, invasivos, de mayor mortalidad. Por ejemplo, en Castilla-León (España), el programa de prevención con mamografía del cáncer de mama logra adelantar el diagnóstico de uno de cada siete cánceres (indolentes, no agresivos) y retrasa uno de cada nueve (agresivos, invasivos)^{18,19}.

Para tener una idea cierta se precisa conocer tanto las tasas de falsos positivos como las de falsos negativos. Se necesita, además, un conocimiento de la "historia natural" del cáncer de mama, de la que carecemos. Todo apunta a que nos equivocamos al etiquetar como "cáncer" de mama a entidades muy diferentes, algunas de las cuales evolucionan espontáneamente a la curación; esta curación espontánea del cáncer de mama puede llegar al 25% de los diagnosticados mediante mamografías²⁰. Esta "curación" no es infrecuente, como demuestra el fracaso de las campañas de cribado del neuroblastoma (el cáncer extra-cranial más frecuente en la infancia)⁹.

Los medios de la prevención son también criticables. Curiosamente, aparecen las críticas a la radiología convencional cuando se comercializa con fuerza la mamografía digital. En cualquier caso, toda actividad preventiva tiene los inconvenientes de toda actividad sanitaria⁷. No hay actividad sin efectos adversos, y estos pueden llegar a superar los efectos beneficiosos. No se puede "vender" a las mujeres la mamografía, ni la citología, como una prueba definitiva, que sólo requiere de confirmación cuando el resultado es de "anormalidad probable"²¹. Se da por supuesto, que esa confirmación lleva la intervención correcta. Se ignora por completo la posibilidad de una mastectomía o histerectomía innecesaria. Como casi siempre, pero en prevención más, los errores de comisión se ven con menos carga que los de omisión.

CUATRO TIPOS DE PREVENCIÓN

Se suele hablar de prevención primaria (evitar la enfermedad; sirva de ejemplo, el consejo del médico de cabecera contra el tabaco), prevención secundaria (diagnosticar precozmente la enfermedad para evitar males mayores y si es posible todo mal; sirva de ejemplo el cribado del cáncer de mama) y prevención terciaria (reintegrar al paciente a su vida habitual; sirva de ejemplo el programa de rehabilitación cardíaca tras un infarto de miocardio).

En el siglo XXI el desarrollo de la Medicina y de la Salud Pública ha facilitado que las intervenciones preventivas y curativas 1/ sean más potentes (más capaces de lograr sus objetivos), 2/ se multipliquen (cada vez hay más variedad), 3/ se apliquen antes (más precozmente), y 4/ afecten a mayor número de pacientes/más amplias poblaciones. Con

ello las intervenciones llevan al límite el balance entre riesgos y beneficios, entre ventajas e inconvenientes, entre efectos deseados y efectos adversos. De ahí la necesidad imperiosa de desarrollar un cuarto tipo de prevención, la prevención cuaternaria^{3,4,22,23}.

Se define prevención cuaternaria como el conjunto de actividades sanitarias que tienen por objetivo impedir o paliar el daño causado por las intervenciones sanitarias, preventivas y curativas. Por ejemplo, si no hay que re-vacunar contra el tétanos cada diez años, es prevención cuaternaria impedir dicha revacunación. En otro ejemplo, si el tratamiento con bifosfonatos no previene los daños de la osteoporosis, es prevención cuaternaria evitar dicho tratamiento. En otro ejemplo, si cinco TAC de 64 cortes producen una irradiación equivalente a la recibida en el centro de Hiroshima cuando cayó la bomba atómica, es prevención cuaternaria el uso juicioso de dicha TAC^{24,25}. Por ello la prevención cuaternaria es actividad tanto de las intervenciones personales clínicas (en el encuentro entre el profesional y el paciente) como de las que afectan a poblaciones (las típicas de la Salud Pública).

CONCLUSIÓN

Si la prevención se introduce como se está haciendo en el último medio siglo cabe pensar que está transfiriendo recursos de los pobres a los ricos, de los enfermos a los sanos, y de ancianos a jóvenes²⁶.

Carecemos deL conocimiento científico que justifique la arrogancia preventiva con la que se ofrecen muchas actividades preventivas (sirva de ejemplo al respecto la terapia hormonal en la menopausia)^{1,2}.

Conviene extremar la precaución cuando se sugiera la ampliación de las actividades preventivas (nuevas actividades, nuevas poblaciones o individuos, nuevos profesionales) sin dejar de evaluar la efectividad y eficiencia de las ya implantadas^{6,7}.

REFERENCIAS

1. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ. 2004;167:363-4.
2. Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. Patient Educ Counseling. 2006;60:267-71.

3. 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.
4. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):127-31.
5. Gérvas J, Pérez Fernández M. Los límites de la prevención clínica. *AMF.* 2007;3:352-60.
6. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:580-3.
7. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008;372:1997-9.
8. Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):88-95.
9. Gérvas J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos de pediatría. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:345-52.
10. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottesmesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and análisis. *Am J Prev Med.* 2006;31:52-61.
11. Gérvas J, Pérez Andrés C. Evaluación de las intervenciones en salud. La búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82:577-9.
12. Heath I. Prevention in the medical encounter. Seminario de Innovación en Atención Primaria. 2008. www.fcs.es.
13. Gérvas J, Pérez Fernández M. Falsas promesas de eterna juventud en el siglo XXI. Gilgamesh redivivo. *FMC.* 2008;15:1-3.
14. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. A saúde persecutória. Os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
15. Gérvas J. La vacuna contra el virus del papiloma humano desde el punto de vista de la atención primaria en España. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11:505-25.
16. Gotzsche PC, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J, Jorgensen KJ. Breast screenig: the facts. Or maybe not. *BMJ.* 2009;338:446-8.
17. 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.
18. Naveiro JC, Peral A, Zurutuza L, Burón JL. Cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz. ¿Difiere del diagnosticado en el marco asistencial? *Med Clín (Barc).* 2007;128:18-20.
19. Gérvas J, Ripoll MA. Cáncer de mama y cribado mamográfico. *Med Clín (Barc).* 2007;129:199.
20. Zahl PH, Moehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancer detected by screening mammography. *Arch Intern Med.* 2008;168:2311-6.
21. Pérez Fernández M, Gérvas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN.* 1999;25:239-48.
22. Jamouille M. About prevention; quaternary prevention. http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm
23. Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria.* 2003;32:158-62.
24. Martin DR, Semelka RC. Health effects of ionising radiation from diagnostic CT. *Lancet.* 2006;367:1712-4.
25. Birnbaum S. CT scanning: too much of a good thing. *BMJ.* 2007;334:1006.
26. Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ.* 2007;334:19.

Recebido em 22/06/2009.

Aceito em 03/10/2009.