

Editorial

Prevencción, iatrogenia y salud pública

Prevention, iatrogeny, and public health

Andreu Segura

Pla Interdepartamental de Salut Pública, Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España



Not for the good that it will do

(No por el bien que se va a hacer)

but that nothing may be left undone

(sino para que nada se quede sin hacer)

on the margin of the impossible

(hasta el límite de lo imposible)

T.S. Eliot

The Family Reunion (1939)

La iatrogenia se ha convertido en uno de los problemas principales de salud pública de las sociedades desarrolladas¹, cuyas causas, más allá de errores y negligencias, son de naturaleza sistemática². Una de estas causas es la obstinación intervencionista que, en palabras de Cochrane al citar los versos de Eliot que encabezan el texto, sería la mejor manera de destruir el Sistema Nacional de Salud³, como ponen de manifiesto los críticos de la sobreutilización de los servicios sanitarios^{4,5}. Esta actitud, por ejemplo en el caso de los pacientes oncológicos, comporta un alto riesgo de padecer graves efectos adversos⁶.

El intervencionismo es particularmente acusado en el ámbito de la prevención, sobre todo clínica, pero también de salud pública. Esto ha conducido a una notable distorsión del concepto preventivo mismo⁷ y a la necesidad de volver a pensarlo desde la perspectiva de la prudencia, puesto que las medidas preventivas no están exentas de efectos adversos y, además, porque aunque «pueden conllevar grandes beneficios para la comunidad, ofrecen pocos a cada participante individual», como explicaba Geoffrey Rose al describir la llamada «paradoja de la prevención»⁸.

Cautela y prudencia a la que nos remiten las consideraciones éticas y deontológicas más tradicionales, entre las que destaca el archiconocido *Primum non nocere*⁹, inspirador de uno de los cuatro principios básicos de la bioética, el de no maleficencia, que no se limita a no hacer daño sino que requiere además saber qué es dañino y tener en cuenta que al intentar averiguarlo podemos exponer a las personas objeto de nuestra indagación al riesgo de sufrirlo¹⁰.

Por esto es importante remarcar que cualquiera de las categorías en que acostumbramos a clasificar las actividades preventivas puede provocar efectos adversos. Para ello se puede seguir la secuencia de la evolución natural de la enfermedad, que Lewell y Clark¹¹ adaptaron del esquema ideado por McFarlane Burnet y White¹² para las enfermedades infecciosas.

Empecemos con la denominada prevención primordial, cuyo propósito es evitar la exposición a los factores de riesgo. Es un

término acuñado por Toma Strasser¹³, que no ha tenido excesiva fortuna, tal vez porque en cierta forma equivale a la promoción de la salud vista desde la perspectiva explícitamente patogénica de la medicina. Pues bien, la prevención primordial no está exenta de efectos adversos, de los cuales los más relevantes tienen que ver con la confusión entre medios y fines, ya que «vivir para la salud» no es lo mismo que «salud para vivir». La obsesión por la salud perfecta puede considerarse una patología, como denunciaba Ivan Illich¹⁴.

Asimilar un factor de riesgo a una enfermedad es en sí mismo indeseable. Reconocer que la probabilidad de sufrir la enfermedad en el futuro es más alta en caso de presentar un factor de riesgo supone una oportunidad para la prevención primaria, pero cuando se vive como una anomalía patológica nos convierte en enfermos. Los potenciales inconvenientes de la prevención primaria pueden ser también de otra naturaleza, como ocurre en el ámbito de la protección de la salud, cuando se adoptan medidas coactivas. Son situaciones en las cuales a menudo se contraponen principios bioéticos básicos, como el de beneficencia y el de autonomía, con las correspondientes controversias sobre la legitimidad de planteamientos más o menos paternalistas, desde las medidas de seguridad viaria (como el uso obligatorio del casco o del cinturón de seguridad) hasta la fluoración del agua potable; intervenciones que no son inocuas, aunque en conjunto sean claramente beneficiosas. Pero incluso cuando se trata de evitar daños a terceros, propósito moral difícilmente discutible, los efectos adversos no deben escamotearse. La polémica respuesta a la última pandemia gripal puede servir como ilustración¹⁵, no sólo en cuanto a la vulnerabilidad a la incertidumbre sino también por los problemas de salud que se dejan de atender en situaciones de emergencia y, desde luego, por los efectos adversos asociados a la quimioprofilaxis y a la vacunación.

Sin embargo, no hay duda de que la estrella de los efectos indeseables preventivos corresponde a las actividades de prevención secundaria, es decir, al tratamiento precoz de enfermedades mediante el diagnóstico precoz, sea de modo oportunista o poblacional, porque en este caso las actividades preventivas siempre son peligrosas, casi por definición. Esto es así porque el éxito de la prevención secundaria depende precisamente de la capacidad de adelantar el diagnóstico y de la persistencia temporal de situaciones supuestamente patológicas que podemos detectar; circunstancias ambas que comportan siempre inconvenientes, aunque en algunos casos las ventajas puedan superarlos.

Para ilustrar la importancia del daño asociado a ciertas prácticas preventivas podemos recurrir a la prevención del cáncer de próstata mediante detección (y en su caso tratamiento) precoz con el análisis del antígeno prostático específico (PSA); una historia que por desgracia no es excepcional, como atestigua el célebre caso de la profilaxis hormonal de las enfermedades cardiovasculares¹⁶ que llevó a Sackett a denunciar la arrogancia de la medicina

Correos electrónicos: andreu.segurab@gencat.cat, julia.garrusta@gmail.com

preventiva¹⁷. El hallazgo habitual de lesiones neoplásicas prostáticas en necropsias de fallecidos sin clínica de carcinoma prostático no redujo el anhelo de la prevención de este cáncer. Ni siquiera las dudas sobre la eficacia de los tratamientos disponibles frente al cáncer desarrollado clínicamente limitaron tal propósito, sino que más bien alentaron una escapada hacia delante, tal vez con la confianza en que con el tiempo se conseguiría un buen control. Así, una vez constatada la utilidad del PSA para monitorizar la evolución del cáncer de próstata¹⁸, su uso como prueba de detección precoz se generalizó. Lamentablemente, la naturaleza de las lesiones histológicas no se corresponde con la relevancia clínica, de modo que la magnitud del sobrediagnóstico¹⁹ y del sobretratamiento resulta muy alta, por lo que la US Preventive Services Task Force²⁰ se pronuncia abiertamente en contra de la determinación sanguínea del PSA como cribado. En palabras de su presidenta, «como máximo evitaría la muerte por esa causa de un varón de cada mil cribados durante diez años (...) mientras que dos o tres de ellos presentarían complicaciones graves del tratamiento incluyendo la muerte (...) y unos 40 padecerían secuelas permanentes como impotencia, incontinencia o ambas (...) la biopsia prostática ocasiona entre 30 y 40 casos de iatrogenia, la mayoría infecciones, por cada mil examinados»²¹. Sin embargo, esto no ha impedido que la determinación del PSA se haya convertido en una práctica generalizada como detección precoz oportunista. Y lo mismo podría ocurrir con la prevención secundaria del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada, a pesar del bajo valor predictivo positivo informado²².

Siguiendo la secuencia, la prevención terciaria, mediante la cual se pretende evitar las secuelas y complicaciones de las enfermedades y su manejo, también puede provocar daños, como por ejemplo los efectos adversos de la quimioprofilaxis en algunas intervenciones quirúrgicas o los perjuicios que provoca la episiotomía sistemática. Son prácticas que se han propuesto precisamente para evitar complicaciones, pero que como también pueden producirlas deben ser objeto de una cuidadosa selección.

Finalmente, la prevención cuaternaria, aunque formulada frente a la iatrogenia, también puede conducir a situaciones indeseables como las derivadas de cierto nihilismo terapéutico o preventivo, o de la pusilanimidad a la hora de tomar decisiones médicas y sanitarias. Si el fomento indiscriminado de las actividades preventivas es peligroso para la salud, renunciar a los beneficios de una práctica preventiva adecuada sería absurdo.

No obstante, asumir que siempre es mejor prevenir que curar, o que un euro de prevención rinde como cuarenta de curación, actualizando la célebre sentencia de Benjamin Franklin, a la sazón jefe del cuerpo de bomberos de Filadelfia, nos lleva a menospreciar la potencial iatrogenia de la prevención y a banalizar sus efectos indeseables, porque no siempre es posible prevenir y porque se puede hacer mal, como tendremos ocasión de debatir en la próxima jornada científica anual de la Sociedad Española de Epidemiología, en Alicante, del 3 al 5 de septiembre.

Contribuciones de autoría

A. Segura ha ideado y redactado completamente el artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

El autor agradece las sugerencias de los revisores y del comité editorial.

Bibliografía

1. Starfield B. Is US health really the best in the World? *JAMA*. 2000;284:483-5.
2. Leistikow IP, Kalkam CJ, de Bruin H. Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ*. 2011;342:d3447.
3. Cochrane A. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972. p. 92.
4. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA*. 2008;299:2789-91.
5. Kaufman SR, Mueller PS, Ottenberg AL, Koenig BA. Ironic technology: old age and the implantable cardioverter defibrillator in US health care. *Soc Sci Med*. 2011;72:6-14.
6. Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. The Lancet Oncologic Commission. *Lancet Oncol*. 2011;12:933-80.
7. Starfield B, Hyde J, Gervas J. Health. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:580-3.
8. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ*. 1981;282:1847-51.
9. Herranz G. The origins of "Primum non nocere". *BMJ* letter. 1 st September 2002. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/324/7351/1463.1?tab=responses>
10. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The Belmont Report. US Department of Health and Human Services: Washington, 1979. (Consultado el 23/12/2013.) Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
11. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in his Community: An Epidemiologic approach. London: Mc Graw Hill; 1958.
12. Macfarlane Burnet F, White DG. Natural history of infectious diseases. 2nd ed. London: Cambridge University Press; 1963.
13. Strasser T. Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisciplinary Science Review*. 1978;3:225-30.
14. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. Un facteur pathogène prédominant. *Le Monde Diplomatique*. Mars 1999. Disponible en: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
15. Gervas J, Hernandez I. Ética y salud pública. El caso de la gripe A (H1N1) 2009-2010. *Gestion Clin Sanit*. 2011;13:123-7. Disponible en: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>
16. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:321-33.
17. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002;167:363-4.
18. Kuriyama M, Wang MC, Lee Ch, et al. Use of human prostate-specific antigen in monitoring prostate cancer. *Cancer Research*. 1981;41:3874-8.
19. Segura A. Sobrediagnóstico. Una sinécdoque y algo más. La epidemia de sobrediagnósticos. *Gestion Clin Sanit*. 2012;14:45-9. Disponible en: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>
20. Chou R, Crosswell JM, Dana T, et al. Screening for prostate cancer: a review of evidence for the U.S. Preventive Task Force. *Ann Inter Med*. 2011;155:762-71.
21. U.S. Preventive Services Task Force. Prostate cancer: we can do better. Editorial on screening for prostate cancer from USPSTF. Chair Dr. Virginia Moyer. May 2012. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening/prostatecanoped.htm>
22. Aberle DR, De Mello S, Berg CD, et al. Results of two incident screenings in the National Lung Screening Trial. *N Engl J Med*. 2013;369:920-31.