

Vacunas y tablas

Juan Gérvas

Médico general. Equipo CESCA. Madrid

VACUNAS

La salud depende poco del sistema sanitario. Es cierto, pero también es cierto que la salud depende mucho del sistema sanitario. Son dos verdades opuestas, que se justifican según el aspecto considerado. Es decir, en general la salud depende poco del sistema sanitario, pero en lo concreto depende mucho. Por ejemplo, en el antiguo "cólico miserere", la apendicitis, la actuación del personal sanitario es clave para evitar graves complicaciones y la muerte. Sin embargo, en la expectativa de vida al nacer lo clave es la riqueza de una nación y la existencia en la misma de democracia y transparencia en el control de la corrupción.

—Suenan muy político, ¿no?

—En la vida todo es política. Como dijo Aristóteles, el hombre es un animal político.

—¿Entonces?

—Entonces, la salud depende de la riqueza de las naciones, de la existencia de democracia y transparencia que ayude a controlar la corrupción, de la educación formal de la población (sobre todo de las mujeres), del acceso a vivienda digna, de la existencia de trabajo seguro, apropiado y razonablemente remunerado, del suministro y depuración de las aguas, y de políticas justas de redistribución de rentas. Con todo ello se ayuda a vivir una vida digna y a evitar la muerte por pobreza.

—¡Qué barbaridad! Parece el memorial de un partido revolucionario.

—Calla y lee, canalla.

Una vez que se elimina la muerte por hambre y las enfermedades de la pobreza, la intervención sanitaria puede ser relevante para mejorar la salud de la población y de los individuos. Es el ejemplo citado de la apendicitis, pero también el ejemplo del arsenal terapéutico que ha ayudado a combatir las infecciones, causa de muerte todavía relativamente frecuente,

sobre todo entre los pobres. Incluso en España, la muerte por causa infecciosa es el triple de frecuente en la clase baja (con respecto a la clase alta), y eso con un sistema nacional de salud que cubre a toda la población y es gratis en el punto del servicio.

Combaten la infección las vacunas, la higiene y los antibióticos, por orden de introducción en la práctica médica. Lo primero fue la vacunación propiamente dicha, mediante la vacuna contra la viruela, que cuenta con más de doscientos años de historia. La higiene se introdujo con firmeza tras la demostración de la mortalidad por causa médica en la fiebre puerperal, en el siglo XIX. Y los antibióticos se introdujeron a mediados del pasado siglo; la penicilina fue el primero de uso comercial.

El impacto social de las vacunas llegó a mediados del siglo XIX, con Pasteur y su vacuna contra la rabia, que hizo evidente las posibilidades de esa terapéutica. De hecho, las vacunas han cambiado el paisaje en la población, tanto en la mortalidad como en la morbilidad y en la simple apariencia. Por ejemplo, respecto a las deformaciones faciales que provocaba la viruela en quienes sobrevivían, o las atrofas y minusvalías de los que habían superado la poliomielitis; por no hablar de las sorderas tras el sarampión, ni de la infertilidad tras las paperas. ¿Qué decir del agobio y sufrimiento de la muerte por difteria, un caso de cada diez en algunas epidemias? Son cosas que pertenecen al pasado, pero pasado recientísimo en términos de evolución de la especie. Por ello las vacunas tienen un crédito bien ganado entre los profesionales y la población. Conviene mantener y acrecentar ese crédito administrando bien el caudal de las vacunas, viejas y nuevas. Las vacunas son un tesoro, la mejor prueba del valor de la organización sanitaria (del conjunto de los que las desarrollan y producen, de los que las autorizan y financian, y de los que las recomiendan y administran a los pacientes).

Vacunas sí; pruebas de eficacia, efectividad y eficiencia, también.

TABLAS DE RIESGO

Son muy populares las tablas de los factores de riesgo cardiovascular para el cálculo de la probabilidad de un evento cardiovascular adverso en los próximos años. Gran parte de su popularidad se debe a que se utilizan como tablas de decisión; es decir, el médico utiliza la tabla de riesgo para tomar decisiones acerca de pautas diagnósticas y terapéuticas de los pacientes individuales a los que se aplican las tablas.

Craso error. Las tablas de riesgo no son tablas de decisión. Las tablas de riesgo cardiovascular carecen de análisis de impacto y por ello no pueden utilizarse como tablas de decisión. De hecho, si se sigue durante diez años a los pacientes a los que se aplica la tabla de riesgo como tabla de decisión se descubren graves errores, tanto de exceso como de defecto de atribución del riesgo.

Es decir, las tablas de riesgo no predicen la probabilidad de un evento en el paciente individual; las tablas de riesgo permiten calcular el riesgo de la población de origen de las mismas. Y de la población de origen al paciente sentado enfrente hay más de un abismo. Abismos que no podemos cruzar si queremos librar a los pacientes de efectos adversos mil, incluso de la muerte (de causa médica).

Las tablas de riesgo son tablas de riesgo. Las tablas de riesgo no son tablas de decisión. La aplicación de las tablas de riesgo para tomar decisiones en pacientes individuales es una aberración, un empleo contra-científico de las mismas.

—¿Estás seguro?

—Seguro del todo. La prevención daña y mata, y el uso de las tablas de riesgo cardiovascular como tablas de decisión es un buen ejemplo de tales daños.

—Si tú lo dices...

—Lo digo yo, y mucha gente que sabe más que yo.

—Vale.

Correspondencia: jgervasc@meditex.es