

LA MUJER COMO VÍCTIMA SINGULAR DE LA MEDICALIZACIÓN

(Carta a una mujer que eres tú)

Un trabajo de Roberto Sánchez. Médico de familia. Madrid. España.

Correspondencia: robertojesan@yahoo.es

Si eres una mujer sana y te vas a hacer una revisión ginecológica todos los años...Si te hacen citologías, ecografías ginecológicas, mamografías anuales para descartar que tengas algo, sin tener ningún síntoma...debes leer lo que sigue, porque estás en peligro, te estás exponiendo a un riesgo innecesario... y te estás convirtiendo en una enferma sin serlo.

Si no sueles hacer estas prácticas deberías leerlo para saber por qué no lo debes hacer y para decírselo a las mujeres que conoces que lo hacen.

Querida lectora:

“Todas las mujeres tienen que ir al ginecólogo una vez al año a hacerse una revisión”: mentira.

“Todas las mujeres tienen que ir una vez cada dos o tres años a hacerse una revisión”: mentira.

“Las mujeres deben hacerse una citología todos los años para prevenir el cáncer de cuello de útero”: mentira.

“Pues a mí el ginecólogo me la hace todos los años. Me la tengo que hacer”: mentira.

“Todas las mujeres tienen que hacerse una ecografía vaginal y de los ovarios todos los años”: mentira.

“Tengo una prima a la que le detectaron unos quistes y se los tuvieron que quitar. Por suerte no fueron malos. Por eso yo me la tengo que hacer”: mentira.

“En cuanto antes se empiecen a hacer mamografías mejor. Si tienes un cáncer te lo detectan antes y te puedes curar más probablemente”: mentira.

“Hay que hacerse una mamografía todos los años”: mentira.

“Hay que vacunarse contra el cáncer de cuello de útero, con la vacuna contra el virus del papiloma humano y la tiene que pagar la Seguridad Social porque es una vacuna imprescindible”: mentira.

“Todas las mujeres debieran hacerse una densitometría para ver cómo tienen los huesos después de la menopausia”: mentira.

“Pero es que mi madre sufrió mucho de huesos y a mí me duelen mucho. Tengo que hacérmela”: mentira.

“Me ha puesto el ginecólogo unas pastillas para los huesos después de hacerme una densitometría. Dice que las necesito porque puedo tener en cualquier momento una fractura debido a cómo los tengo”: mentira.

Tantas mentiras... todos los días, a todas horas, en tantas consultas médicas del mundo entero; en la tele, en la prensa, en internet, en tantas mentes femeninas... que escribir lo que viene a continuación resulta una suerte de obligación moral.

Soy Roberto Sánchez, médico de familia. Estudié en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y realicé la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en Madrid, en el Centro de Salud Prosperidad.

1. Introducción.

Medicalizar es exponer al paciente a un riesgo sanitario innecesariamente, sin que esa práctica haya probado su eficacia con serios estudios científicos.

Con prácticas me refiero a un tratamiento o a una prueba diagnóstica, que sin ser un delito que te lo den o te la hagan, no es estrictamente necesario. Son esas prácticas que “sobran”. Que se podría prescindir de ellas. Son ese tipo de prácticas o de tratamiento que cuando vas al dentista sospechas que son innecesarias y que te las hace para hacer más caja o para marearte un poco.

El problema es que hay que tener cuidado respecto a qué pruebas innecesarias se somete uno (si éstas son innecesarias no debiera uno someterse a ninguna), porque de ellas se puede derivar daños, por ejemplo un tratamiento innecesario o una intervención quirúrgica innecesaria que no hubiera tenido lugar de no haberse hecho la prueba.

Aquí comienza el cambio de planteamiento.

La medicina no es una ciencia exacta. Es una ciencia probabilística.

La gente piensa lo contrario. Piensa lo contrario por su propia supervivencia. Es más fácil creer en los dogmas: “Me lo ha dicho el ginecólogo”. Blanco o negro. Resulta desalentador hacer una misma pregunta clínica a 100 profesionales y registrar 5, 10 o más respuestas distintas, algunas contrapuestas. Pero ésa es la realidad.

¿De quién me fío? ¿De mi ginecólogo privado que me dice que me tengo que hacer una citología todos los años o de mi médico de cabecera que me dice que me la tengo que hacer cada 5?

La mujer, ante esta tesitura, siempre tiende a pensar: será mejor hacérmela cada año, por si acaso. Pero no sólo es que no sea así en esta ocasión, sino que no es así casi en ninguna.

Es más fácil pensar que la mamografía es una prueba exacta que da blanco o negro, que pensar (y saber) cuál es el tanto por cierto de falsos positivos (dice que tienes cáncer cuándo en realidad no lo tienes) o de falsos negativos (dices que no tienes cáncer cuándo en realidad lo tienes).

En esta foto se define a la Medicina y sus leyes. Un tablero y dependiendo del “ángulo” puedes ver pájaros amarillos o peces azules.



La medicina, aparte de una grandiosa ciencia para hacer el bien, es un inmenso negocio para enriquecer, dar poder y envilecer a mucha gente. Hay mucha gente interesada en el gran pastel de la salud.

La industria farmacéutica la primera. Ésta no es una hermanita de la caridad que vela por la salud de la gente. Solamente lo hace porque es rentable. Si no diera dinero no lo haría. Cuanto más dinero gana mejor.

Poco le importa lanzar un nuevo tratamiento sin muchas pruebas de sus beneficios y que se acabe comprobando a lo largo de algunos años después que es dañino (terapia hormonal sustitutiva).

Las industrias farmacéuticas y tecnológicas necesitan instalar sus tesis en la sociedad y en el sistema sanitario para conseguir sus objetivos, que es ganar más dinero con fármacos o nuevas pruebas diagnósticas. Aunque no signifiquen una mejora en los tratamientos o en los diagnósticos.

Pero la **clave** de este comportamiento es que no sólo no es bueno someterse a ellos, sino que es malo (busque sobre Prevención Cuaternaria y lea a su abanderado en España: Juan Gérvas www.equipocesca.org). Y esto constituye una auténtica revolución. Resulta que estas prácticas no es que sean innecesarias, y que se pierda

tiempo y dinero al contar con ellas, sino que son **peligrosas** para los pacientes. Lo veremos a lo largo del texto.

La industria farmacéutica, para conseguir sus objetivos, debe tejer una maraña para ejercer su influencia y poder. Se encarga de reclutar especialistas (los que más credibilidad y prestigio tienen entre la población) que difundan sus tesis (se les paga muy bien por hacerlo). Pagan la investigación, tutelan las publicaciones científicas, trabajan codo con codo con las editoriales, tutelan los congresos científicos. Influyen en la televisión (medio informativo y de entretenimiento para la gente de menor nivel cultural, en general), en internet, en las asociaciones de pacientes (a quienes cofinancian y patrocinan), en la universidad (cátedras de patrocinio mixto), en los estudiantes, en el gobierno (Bernat Soria, exministro de Sanidad, trabaja ahora para ellos, para Abbott; Felipe González también fue incluido en las redes de Farmaindustria, con el papel de asesor), en las Comunidades Autónomas, en el Parlamento Europeo... Y si es así en los países ricos, que los suponemos menos "sobornables", hay que imaginarse de lo que son capaces en los pobres.

Ésta es la razón por la que a usted, lectora, puede que le parezcan estrambóticas algunas de las tesis que este texto sostiene. Porque le voy a contar justamente lo contrario de lo a usted le están diciendo todo el día en la televisión. No lo hago por ir a contracorriente, ni por hacerme el diferente, ni por intentar tener ningún protagonismo con mi opinión. Tampoco lo hago por dinero, pues nada gano por este trabajo. Este texto emerge de algunos años de estudio y de lecturas. No surge de la noche a la mañana. Es un texto que escribo con el corazón, en la búsqueda de mejor salud para mis pacientes y para la sociedad.

Mi intención no es convencerla de que lo que yo digo es verdad, sino presentarle las razones que tengo para pensar lo que pienso.

Hay mucha gente, muchos médicos, que piensan como yo; lo que pasa es que usted no los conoce ni nunca los ha visto en la televisión.

No suelen tener muchas posibilidades de decir lo que piensan: no se les suele invitar. Además cuando se les invita, se quiere que el debate se haga en formato circo, con lo que éstos suelen acabar huyendo de él.

Defender las tesis de la industria farmacéutica es fácil. Te suelen pagar por ello. No conozco a casi nadie que lo haga sin obtener alguna clase de beneficio directo e indirecto.

Desmontar las tesis de la industria es difícil, cansado, laborioso y nadie te paga por ello. Es más, lo único que te puede originar es problemas en tu vida y en tu profesión. Como la gente suele tener la desgracia de tener que comer y vivir en una casa, suele tener que trabajar. En mi caso de médico de familia. Y trabajar de médico de familia es muy duro y no deja tiempo para estas cosas.

Pero siempre, siempre, están las obligaciones morales antes que el dinero. Por eso he escrito, lectora, este texto para usted. Para contarle todos los despropósitos que se

esconden detrás de la medicalización de las mujeres. Espero que le guste y que le sirva para algo.

2. Unos puntos generales

Para empezar, comentaremos unos puntos generales de los que clásicamente se sirve la industria farmacéutica y sus adláteres para medicalizar:

1. ¡Qué viene el lobo!: exageración de la frecuencia de la enfermedad, de la prevalencia (estadística) de la enfermedad en cuestión. Al que no sabe bien de medicina y salud (la mayoría de los pacientes, porque no tienen obligación), con la estadística se les engaña bien. Todo les parece mucho.
2. La población que puede congregarse en el proceso medicalizador debe ser amplia: no vale coger a los afectados por no sé qué enfermedad rara y poco frecuente. Hay que coger, por ejemplo, las menopáusicas, que es un grupo de gran magnitud.
3. Promover la preocupación en las personas sanas de contraer la enfermedad.
4. Ampliar las indicaciones de los fármacos para que más pacientes puedan ser “beneficiarios” de los mismos.
5. Promover tratamientos agresivos con fármacos para dar respuesta a síntomas leves o moderados.
6. Promocionar efusivamente los efectos beneficiosos de los fármacos, minimizar los efectos secundarios y los riesgos y aumentar el tiempo de utilización de uso de los mismos.
7. Presentar a los fármacos como única solución u obviar los demás tratamientos de la enfermedad si éstos no son farmacológicos.

3. La mujer

Se podría tener la tentación de pensar que las mujeres, a lo largo de la historia aunque afortunadamente menos cada vez, han sido consideradas un colectivo débil.

Yo creo que más que débil, lo que se le ha considerado ha sido un colectivo importante, clave para la manipulación social.

Débil ni ha sido ni es. Yo creo que es justo lo contrario: fuerte e importante, clave para la medicalización de la sociedad.

En lo que a temas de salud se refiere tienen más preocupación por ellos las mujeres que los hombres. Más la clase alta que la baja.

La salud es para la clase alta una de las pocas cosas que puede truncar sus anhelos de felicidad. La clase baja tiene muchos impedimentos para ser feliz.

Algunas mujeres (sobre todo las que son diana de la medicalización) confunden a veces el concepto de salud, con el de belleza, con el de bienestar; o los mezclan. Y en ese

batiburrillo la industria farmacéutica sabe lanzar bien los tentáculos. Allí donde sabe que la mujer va a consumir información médica o pseudomédica. Televisión, internet (sus *community manager* tienen la red absolutamente capada), revistas, etc...

No es que ellos quiten de la red la información que les perjudica, sino que tienen trucos para hacer que cuando se hace una búsqueda, por ejemplo “osteoporosis” o “cáncer de mama” se sitúen en todos los primeros puestos las informaciones y las páginas que a ellos les interesan.

La gente no sabe el daño que programas como “Saber Vivir” y similares han hecho a la salud, aunque pueda parecer lo contrario.

A mí siempre me han causado cierta curiosidad (sinónimo de modestia de “interés”) los temas concernientes a la mujer y la relación de ésta con la salud. Y siempre me han indignado mucho.

Siempre me resultaba inexplicable, por ejemplo, cuál era el mecanismo por el que las mujeres pobres no usaban métodos anticonceptivos y se quedaban embarazadas irremediablemente, con las consecuencias terribles que eso tenía si eran pobres; y por qué esto sucedía de forma repetida.

O cuál eran las peculiaridades que el aparato ginecológico tenía para las mujeres, para que una mujer sana siempre dijera eso de “mi ginecólogo”. No sabía por qué una mujer sana iba al ginecólogo y no al cardiólogo o al hematólogo.

Asimismo no sabía por qué las mujeres tenían poca confianza en su médico de cabecera para abordar estos temas, cuando éste es un profesional cercano y accesible. Por contrario, casi siempre demandaban atención especializada.

Era curioso. Sabía que había dos actividades preventivas relacionadas con patologías de la mujer: citologías para el cáncer de cérvix y mamografía para el cáncer de mama. Y resulta que las dos se hacían perfectamente en el Centro de Salud o proximidades. En Madrid, por ejemplo, reclutaban a las mujeres para hacer mamografías en otros centros. ¡Pero lejos de los ginecólogos! Aun así ellas querían ir, “a hacerse la revisión, que hace mucho que no me hago una”. “A hacerse la revisión, que ya me toca”. “Venía a pedirle un volante para mi hija, porque nunca ha ido al ginecólogo”.

No hay cosa más tediosa, larga, costosa, desesperante y menos efectiva que un médico de familia explicándole a una mujer sana que quiere ir al ginecólogo sin razón, que no tiene que (ni debe, además, por su bien) ir.

Ser médico de familia puede ser fácil o difícil. Te viene la paciente y te dice: quiero ir al ginecólogo (sin razón). Y tú puedes decir: toma, aquí tienes el papel. O contarle todo esto. Pero debes tener tiempo, paciencia y ganas. Pero en el fondo nos pagan (o eso quiero creer, ingenuo de mí) para esto.

Soy consciente que a las mujeres se las medicaliza desde varios frentes. Desde la esfera de salud mental, desde la del riesgo cardiovascular (por extrapolar resultados de la

investigación cuando el 75% de los participantes en estos estudios son varones), etc. Pero yo me voy a centrar aquí en entidades ginecológicas.

1. Planificación familiar.

- Es importante que un médico de familia haga planificación familiar.
- Es una señal de identidad ante los pacientes jóvenes de la consulta, es una manera de abrirle una historia ginecológica a la mujer, vinculándola a su médico de cabecera y así evitando que se vaya a buscar atención a otros ambientes más especializados y más medicalizadores. En estos estadios precoces se deberá “captar” a la mujer para incluirla en el programa de prevención del cáncer de cérvix. Significa esta inclusión: si viene una chica de 19 años a consulta y le hacemos planificación familiar, le diremos que hasta los 25 (Comunidad de Madrid) no hay que hacer ninguna citología. En Medicina y sobre todo en Atención Primaria es importante decir, no sólo lo que hay que hacer, sino lo que no hay que hacer. Perder la oportunidad de hacer planificación familiar significará que una mujer medianamente informada se vaya a hacer la “prevención de cáncer de cérvix” por su cuenta, con los riesgos que esto conlleva. Es como cuando sabes que tu hijo se va a tomar un éxtasis sí o sí y le dejas que se lo tome en una nave industrial de un polígono antes que en tu casa.
- Es una competencia asumible que pende de un hilo, con la existencia de unidades monográficas de Planificación Familiar.

Que haya unidades de este tipo para valorar a los pacientes no nos obliga a mandarlos allí. De los médicos de familia depende.

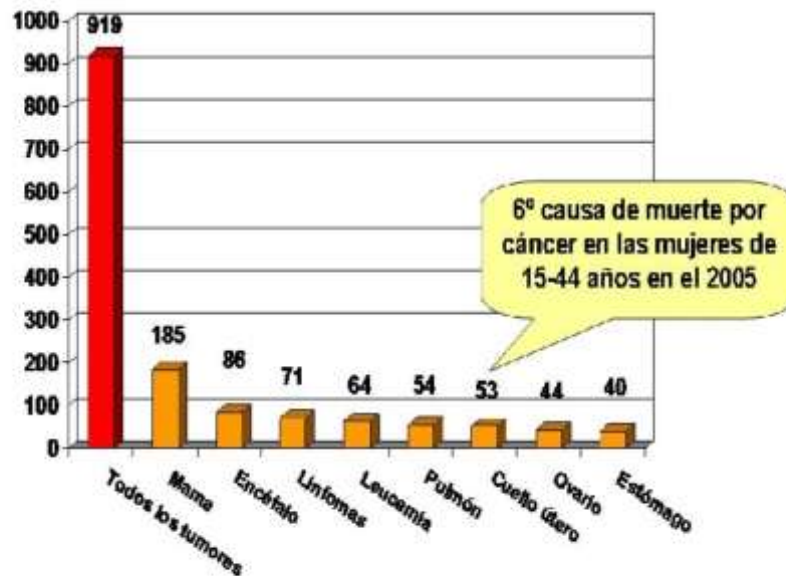
- Es una actividad de sencilla adquisición para ofertar, es muy fácil de asumir. No hay que estudiar mucho para hacerlo.
- Es muy popular entre la población. Da prestigio. Ser un buen médico de familia pasa por hacer buena atención a los inmigrantes, y hacer buena atención a los inmigrantes pasa por hacer buena planificación familiar a las mujeres. Éstas, especialmente las de origen latinoamericano (las rumanas también) tienen una cultura de la planificación familiar espeluznante. No hay que sentir rechazo ni desesperación. Al contrario, es una razón de más peso para volcar todos nuestros esfuerzos en ellas. Las ideas acerca de los anticonceptivos y de la maternidad, tan diferentes a las españolas tienen raíces muy profundas, que tiene que ver con la cultura de sus países, que en la mayoría de los casos, desconocemos por completo.
- Hacer planificación familiar es una muy buena oportunidad para hacer prevención del embarazo no deseado y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), una actividad preventiva con probablemente muchos más resultados y beneficios en salud que las mamografías. “Todo” el mundo evalúa las vidas de una población que se salvan

haciendo mamografías, nadie las que se salvan por aconsejar a los adolescentes que se pongan un preservativo si tienen relaciones sexuales. La diferencia está en que hacer educación para la salud para prevenir enfermedades de transmisión sexual no es popular entre la población y hacer mamografías sí. No siempre lo que quiere la gente es lo mejor. Prevenir ETS es complicado. Los comportamientos sexuales tienen que ver con el nivel cultural, educativo, económico de las poblaciones. Y hay que bucear en los determinantes sociales de la salud para hacerlo bien.

- Hay que evitar los embarazos no deseados. A los que hablan en contra del aborto nunca les escuché ideas para mejorar la planificación familiar de las mujeres en nuestro país. El aborto es un acto indeseable. Para todos. Para la sociedad, para el médico y sobre todo para la mujer, no nos olvidemos de eso. Aunque yo pueda defender el derecho de la mujer a decidir. Pero antes de llegar a abortar se pueden hacer muchas cosas. Hagámoslas. El debate no (sólo) es aborto sí o aborto no. Va más allá. La planificación familiar tiene mucho que ver con el más allá.
- Hay ocasiones en las que debemos ser más insistentes a la hora de ofrecer planificación familiar: después de la utilización de un método de emergencia (este encuentro se perdió por dispensar la píldora del día después en las farmacias); en el puerperio (después del embarazo), donde normalmente se baja la guardia, o en los últimos años de la vida fértil, donde la percepción del riesgo de un embarazo disminuye.
- Hay un método para cada franja de edad y para cada paciente. Es importante decidir en función de esto y en función de los deseos de la paciente. Es un buen momento para entrenarse y estrenarse en la comunicación y en el pacto clínico.
- A parte de las unidades de Planificación Familiar, que amenazan con que esta competencia nos vuele de la Cartera de Servicios, algunas prácticas rompen la equidad en el acceso. Por ejemplo, el monopolio de los ginecólogos para implantar los dispositivos intrauterinos (DIUs) o los implantes subdérmicos. En países como Dinamarca, los DIUs los pone una enfermera. Cuanto más saques la Medicina del ámbito de la Atención Primaria, de más inequidad adolecerá. Es lo que pasa, por ejemplo, por llevarse la citología líquida al ámbito de la Atención Especializada. Es una prueba que aporta mejores rendimientos que la citología clásica. Y no está accesible para las mujeres ni para los médicos de Atención Primaria. Por cierto, en Granada hay médicos de familia que ponen DIUs en los Centros de Salud.
- Para prescribir la píldora a una paciente no es necesaria ninguna prueba, si no hay ninguna circunstancia especial que lo indique. Es suficiente con la historia clínica y la toma de tensión arterial. No hay que hacer una analítica de sangre de rutina.
- La historia del descubrimiento de la píldora y su distribución es un bonito y claro ejemplo de cómo no se puede dejar el desarrollo farmacéutico a merced del mercado ni de ninguna industria, sino que debe ser protegido por el Estado y por políticas públicas. Merece la pena conocer a Margaret Sanger, por observar lo contradictorios que

Y la realidad...

Defunciones según la Causa de Muerte 2005 Mujeres 15-44 años. Fuente INE



El primer panfleto (de sociedades científicas, oficial) “confunde” mortalidad con prevalencia (existencia del mismo). De que tengas un cáncer a que te mueras por él hay una cierta diferencia.

El cáncer de cérvix existe. Es una enfermedad “no muy frecuente”, para entendernos. En los casos en que tiene lugar puede afectar a mujeres “jóvenes”, para lo que viene siendo el cáncer.

La edad media al diagnóstico es de 48 años y la edad media de muerte son los 60 años. Sí; la gente se muere por este cáncer, pero también por insuficiencia cardíaca, renal, bronquitis crónica... Todas las enfermedades en unas determinadas circunstancias y unos cuerpos determinados pueden ser mortales. No hay que asustarse. La gente muere. Siempre, sea como sea la Medicina y el mundo, habrá una primera causa de muerte. Y una segunda y una tercera.

También a veces la gente se muere por ser pobre, como es el caso de la mayoría de las que mueren por este cáncer.

Por eso, cuando se analizan las causas de muertes en mujeres de franjas de edad “jóvenes”, el cáncer de cérvix tiene una cierta presencia, porque las muertes en esas franjas de edad son “raras”.

Algo parecido pasa en el cáncer de mama; lo veremos luego.

La muerte por cáncer de cérvix en mujeres españolas representa el 0,3 % del total (el 99,7% mueren por otra causa). La mortalidad anual del mismo es 2 por 100.000. Cada día en España mueren unas 500 mujeres, 2 de ellas por cáncer de cuello de útero.

Por tanto, no hay epidemia de cáncer de cérvix. La Industria Farmacéutica, con el laboratorio Merck a la cabeza presentó la estadística (si no sabes nada del tema cualquier estadística en salud le parece al profano preocupante. Ejemplo: 2 muertes por 100.000, ¿eso es mucho o poco?) para extender la idea de que el cáncer de cérvix era un problema de Salud Pública. Un problema siempre requiere de una solución. ¿Cuál? Pues la vacuna que comercializaban ellos, claro.

El dato **clave** del problema es el siguiente: **De cada 5 mujeres que tenían cáncer, 4 no se habían hecho NUNCA una citología. ¿Quién se hace, pues, las citologías?**

Entremos en materia con el cáncer de cérvix

El cáncer de cérvix es una enfermedad, por definición, de historia natural muy larga. Resumiendo y generalizando, se toma diez años desde que aparece una lesión en las células hasta que esa lesión se hace maligna y otros diez desde que esa lesión maligna te mata.

Así pues, las decisiones respecto al diagnóstico de la lesiones debe ser diligentes, como siempre, pero hay que evitar las urgencias enloquecidas.

Está producido por el virus del papiloma humano (HPV), que se transmite por las relaciones sexuales coitales. La transmisión es por contacto directo, no por los fluidos sexuales. El preservativo no protege 100% de la transmisión del virus. Tener una “infección” por HPV es muy frecuente. Es más frecuente el tenerla que el no tenerla. Igual que es más frecuente el número de mujeres que a lo largo de sus vidas tienen relaciones con varias parejas que las que no. El 70% de las mujeres habrá tenido una “infección” (colonización) por el virus en algún momento de sus vidas. De éstas, sólo el 1% acabará desarrollando cáncer. Veremos qué es lo que tiene que pasar para que seas del 1% y por qué pasa.

La “infección” es “benigna”: el 90 % del total curan espontáneamente. Dependiendo del tipo de lesión que origina el virus, si es que la origina, porque no siempre lo hace (CIN I, II o III) (de menos “grave” a más “grave”) las cifras de regresión son diferentes en su conjunto (57%, 43%, 32%).

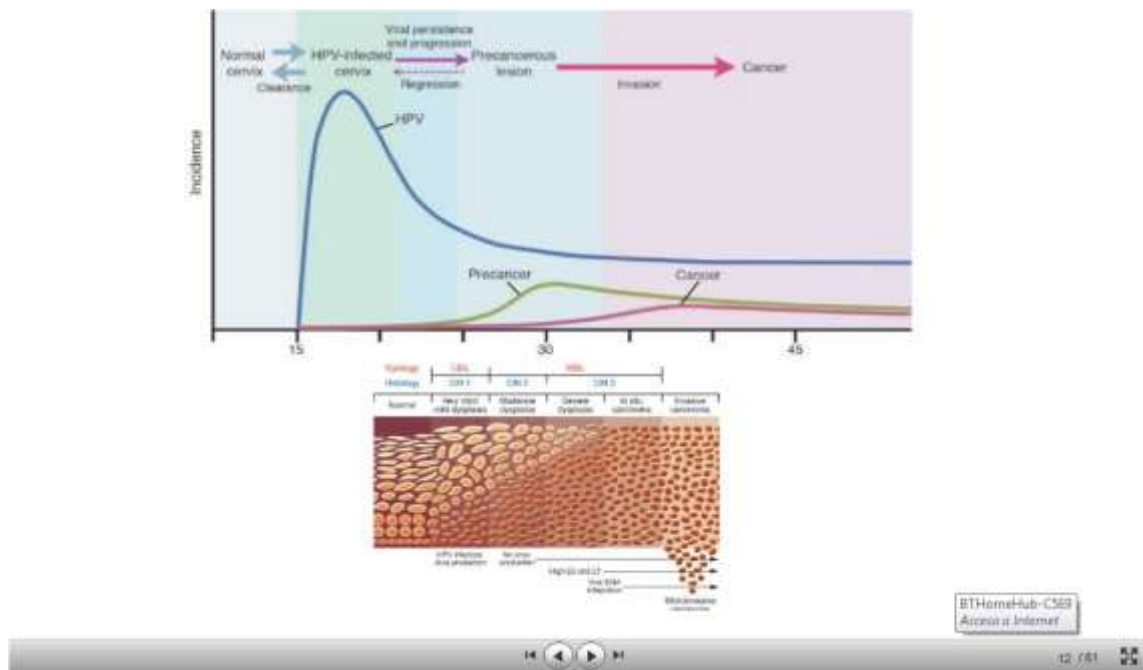
No se conoce con exactitud por qué en unos casos evoluciona la lesión a cáncer y en la mayoría no, aunque se cree que algunos factores podrían ayudar a la progresión a cáncer: tabaco, edad de inicio de relaciones sexuales, promiscuidad (aquí hay abandonar el paradigma clásico: si uno tiene una pareja que es portadora, por ejemplo, del virus del herpes genital, la probabilidad de ser contagiado de herpes genital es del 100%. Si tienes relaciones con público en general, la probabilidad de contagiarte del virus del herpes genital es la prevalencia, es decir, la cantidad de casos de infección por virus del herpes genital que hay en la población general: es decir, el 0,8 – 1%), coinfección por otras enfermedades de transmisión sexual, deficiencias nutricionales y sobre todo: pobreza,

analfabetismo, prostitución, poblaciones marginales con limitados accesos a la sanidad, ámbitos rurales.

Hay muchos tipos de HPV, 150. De esos 150, unos 15 son cancerígenos. Algunos contagios no coitales y coitales pueden transmitir algunos de éstos tipos que causan unas lesiones: verrugas genitales. Estas lesiones no son cancerígenas.

No es casualidad que el país donde más “existencia” hay de cáncer de cérvix, es el país más pobre del mundo: Haití.

La mayor tasa de contagio sucede al inicio de las relaciones sexuales. Esto es muy importante.



Lo vemos en la gráfica. A los 18-20 años tenemos la mayor tasa de contagios por HPV. Los “problemas serios”, cuando los hay, es decir, las lesiones “peligrosas”, tienen lugar a los 30 (empiezan) y si se dejan a su aire, algunas (1%) progresan a cáncer, que se tiene a los 48 más o menos. Esas lesiones en mujeres jóvenes, de 18-20 años, se “aclaran” en su mayoría. Son lesiones insignificantes, que no merece la pena detectar.

Ese es el motivo por el que la recomendación de hacer citología se pospone hasta los 25 años. Hasta los 30 en algunos países europeos, como Dinamarca.

Las lesiones antes de esa edad, no se deben detectar. No son problemáticas. No hay que hacerles citologías a mujeres de menos de 25 años. ¿Por qué? Porque si lo haces la probabilidad que tienes de detectar una lesión “sin importancia” es muy grande. Y si la detectas, le harás una colposcopia a la lesión y luego una biopsia y luego una conización (extirpación de un trozo del cuello del útero). Y ese acto médico innecesario no es que sólo sea innecesario biológicamente sino que has hecho pasar a la mujer por un trauma, una preocupación, una aversión a las relaciones sexuales y una desconfianza de sus parejas que difícilmente se vuelva a restituir ya. Estas intervenciones innecesarias

pueden llevar a graves amputaciones (extirpación del útero y la consiguiente esterilidad).

La mujer si no sabe esto dice: gracias a mi ginecólogo, que con 18 años me hizo una citología, me detectó una lesión premaligna y al quitármela, me salvó la vida.

Esto se convierte en: tu ginecólogo te pidió una citología cuando no tenía que pedírtela y te has tenido que someter a una intervención quirúrgica innecesaria.

Pero el miedo al cáncer todo lo ciega. Las malas prácticas de los médicos se deberían juzgar con perspectiva. Seguro que ese médico fue honrado y buen profesional viendo la lesión, le hizo bien la colposcopia, bien la biopsia. Conizó muy bien, con asa diatérmica y con márgenes.

¡Pero es que no hacía falta! ¡No había que haber pedido la citología!

LA CITOLOGÍA

Es una técnica que consiste en recoger una muestra “raspando” el cuello del útero, una estructura que está en el fondo de la vagina. Se extiende en un cristal y se miran las células al microscopio.

Esta prueba, como todas en medicina, tiene sus deficiencias. Éstas son debidas sobre todo a:

1. El bajo número de casos de cáncer de cérvix en la población general. Si haces una prueba para detectar una enfermedad que es muy frecuente, es más probable que tengas más éxito con la detección.
2. Limitaciones intrínsecas de la prueba. Habilidad del que toma la muestra y el que la mira por el microscopio. Las principales variaciones en el “éxito” de la prueba se deben a esta razón. Por ejemplo, sus tasas de falsos negativos (la prueba no te detecta que tienes cáncer cuando en realidad lo tienes) se debe a una mala técnica de “recogida de las células” en una zona crítica, que tiene unas peculiaridades (zona de transformación).

No obstante la citología se recomienda. Las Comunidades Autónomas tienen distintos programas, los cuales son similares. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, como ya hemos comentado, a partir de los 25. Se hacen dos separadas por un año para empezar y si son normales, cada 3 años hasta los 35 y luego cada 5 hasta los 65.

Huelga decir que si no se tienen relaciones sexuales, no hay riesgo de contagio del HPV y no hay que hacerla.

Es peligroso hacer muchas. En la franja de edad de los 30 a los 65 años; con tres normales anteriores, el Valor Predictivo Positivo de la cuarta es del 1%. Es decir, si en esa cuarta encontramos una lesión, la probabilidad de que sea un cáncer es del 1%. La probabilidad de que sea un falso positivo es del 99%. Esa mujer, probabilísimamente sana se llevará más pruebas, impaciencias, preocupaciones, por hacer una cosa que no teníamos que haber hecho. (Gloriosa costumbre de los ginecólogos privados de hacer

citología con la “revisión” todos los años). Los hay que se las hacen a mujeres que no tienen relaciones sexuales coitales. Como algunos ni lo preguntan...

Hay un tipo de citología “mejor” que la habitual. Es la citología líquida o PCR. Es más perfecta. Te dice si tienes lesión y si hay “colonización” por virus y cuáles son los tipos que tienes, por si son o no cancerígenos. En general, con una citología de éstas normal, se pueden espaciar las siguientes aún más. Como sólo está disponible en Atención Especializada, las mujeres que van al ginecólogo se benefician de ella. Las que se hacen las citologías en “Atención Primaria” no.

En la actualidad se ha demostrado que incluso la misma mujer puede hacer estas tomas de la citología, con excelentes resultados.

LA MADRE DEL CORDERO: LEY DE CUIDADOS INVERSOS (JULIAN TUDOR HART)

El problema del cáncer de cérvix es que de 5 mujeres fallecidas, 4 nunca se habían hecho una citología.

Esto no quiere decir que haya que hacer más citologías a todas las mujeres. Lo que significa es que hay que identificar a esas mujeres que nunca se han hecho ni se van a hacer la citología y hacérselas con la periodicidad que marca el protocolo en cuestión.

¿Quiénes son estas mujeres a las que no se las hace nunca una citología? Pues prostitutas, excluidas, marginales, drogadictas, presas y gente a la que no le “llega” bien el acceso a la sanidad.

Esto es lo que quiere decir la ley de cuidados inversos: Se dan servicios sanitarios a los pacientes que no lo necesitan (mujeres cultas, poco promiscuas, responsables, obedientes, que se hacen las citologías como dicen las recomendaciones) y se dejan de prestar a los que de verdad los necesitan (esas mujeres de riesgo).

Esta situación pone de manifiesto algunas situaciones:

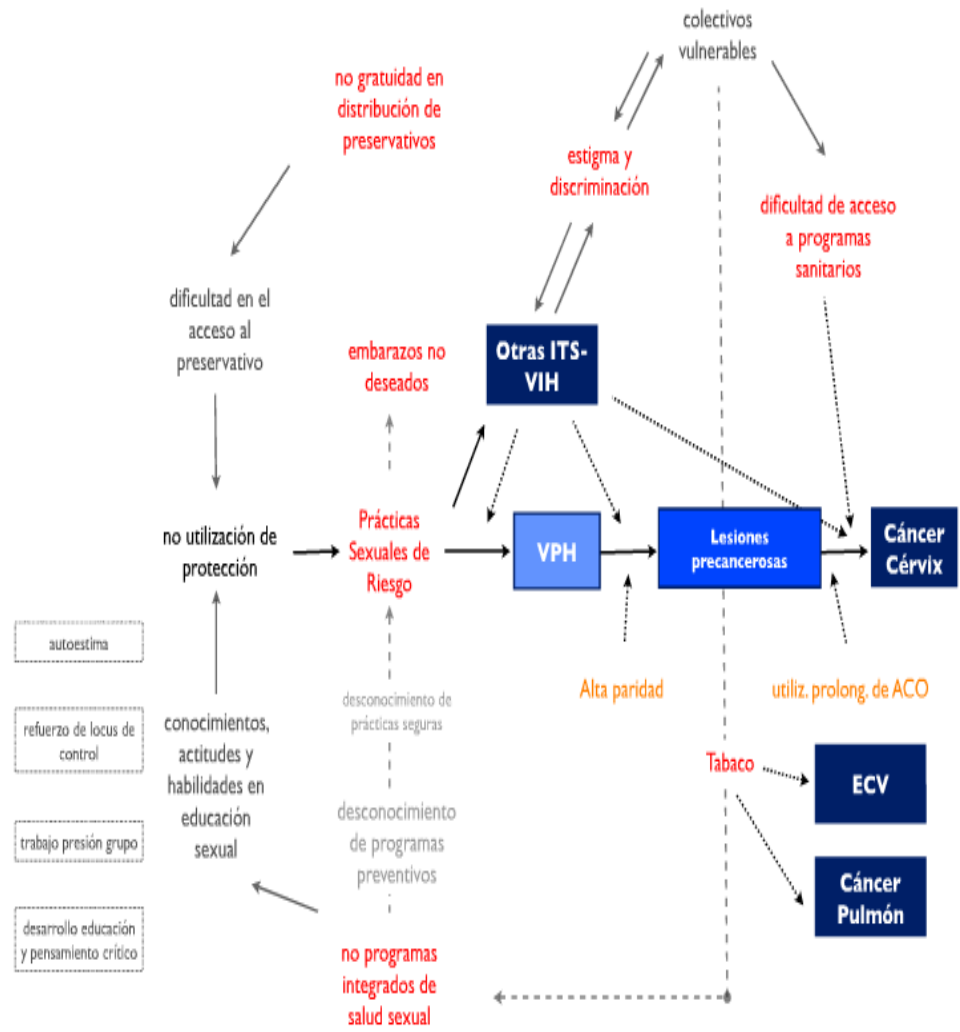
- La medicina de familia encerrado en la consulta fracasa. Hay veces, como ésta, en que hay que salir a la calle a buscar la patología, porque no va a venir ella sola. Como dice Tudor Hart, el médico no debe pensar solamente en los pacientes de su cupo que vienen a la consulta, sino en los que no vienen.
- Se pone de manifiesto lo importante que es que un “cupos” de pacientes esté adscrito a un médico. La importancia de tener “el médico de cabecera”. Éste puede identificar, por ejemplo en este caso, pacientes en las edades “problema” que no han hecho su “prevención” contra el cáncer de cérvix.
- Hay enfermedades cuyo abordaje no es puramente biológico, que no dependen únicamente de la biología, sino de una serie de factores, algunos no puramente médicos. Podemos afirmar que el cáncer de cérvix es una enfermedad “social”, una enfermedad de los pobres; en general. El abordaje no es unidimensional, sino

multidimensional, en un paradigma que es cada vez más común entre las enfermedades que a las que debemos hacer frente.

Vemos los diferentes frentes en los que debiéramos incidir en la siguiente diapositiva.

Primero, Sir Tudor Hart, insigne médico inglés.





Cofiño R. Hernández R, Natal C. Towards a comprehensive framework for cervix cancer prevention

A esto es a lo que se llaman determinantes sociales de la salud.



LA VACUNA: UN TRIUNFO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA FRENTE A LOS INTERESES DE LOS PACIENTES, UN INSULTO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS RACIONALES QUE NOS MERECEMOS LOS CIUDADANOS Y OTRA MUESTRA (MÁS) DE QUE LOS POLÍTICOS NOS CONSIDERAN SOLAMENTE COMO CARNE DE VOTAR Y DE MANIPULAR.

Esta parte es un poco más técnica, aunque intentaré que lo sea lo menos posible.

La vacuna en sí.

Dos presentaciones:

- Tetravalente: 16, 18 (carcinógenos) y 6 y 11 (producen verrugas genitales). Gardasil.

- Bivalente: 16 y 18. Cervarix

- Es profiláctica (evita el contagio), no terapéutica (no elimina las lesiones). Se vacuna contra la cápsula, no contra las proteínas oncogénicas.

- No se modifica la inmunidad celular, que permite eliminar las células infectadas, sólo se producen anticuerpos, que eliminan el virus.

- Se recomienda a niñas de 9 a 12 años.

- Tres dosis: 0, 2 y 6 meses.

- Se puede emplear simultáneamente a otras, como la de la Hepatitis B.

- No se ha demostrado problema alguno en caso de sobredosificación.

- Es compatible con la toma de anticonceptivos orales.
- No se ha demostrado daño en caso de lactancia ni embarazo, aunque no se recomienda su administración en estos casos.
- No se sabe de la relación entre anticuerpos y eficacia, se desconoce el binomio seroconversión-protección.
- Características de los ensayos que permiten su comercialización:

- La eficacia está probada con resultados intermedios, no con finales. Demuestra disminución de displasias, no disminución de casos de tumores ni de muertes por esa causa.

Elena Salgado, ministra de Sanidad en los primeros intentos de la Industria de introducir la vacuna gratuita en el calendario vacunal dijo: "Tendrán que pasar muchos años para que esta vacuna pueda demostrar que evita alguna muerte". Luego llegó Bernat Soria (que es médico. Todo el mundo siempre dice que cómo no va a ser médico el ministro de Sanidad) y según llegó al Ministerio promovió su financiación. Hoy, Soria, como digo, trabaja para la Industria Farmacéutica).

- Los resultados no distinguen entre efectos sobre CIN 2 Y 3.
- La muestra de los ensayos incluye a mujeres con edades entre los 16 a los 26.
- No se ha demostrado la eficacia en mujeres de 9 a 12 años; en este grupo sólo se ha comprobado la capacidad inmunógena, la producción de anticuerpos en sangre.
- La duración demostrada de su eficacia es de 5 años, en la ficha técnica del Ministerio de Sanidad se reconocen 4 años y medio. No tenemos datos del tiempo que necesita la infección para producir un cáncer, por lo que desconocemos si reducirá ni cuánto la incidencia y la mortalidad de la enfermedad.
- Cuando la vacuna se administró a un grupo de mujeres de la población general, que no cumplían las condiciones ideales de los ensayos la eficacia fue del 17 %.
- No está demostrada su eficacia en varones.
- Es ineficaz en mujeres no vírgenes.

Efectos adversos:

- En EEUU, en 7 millones de dosis administradas en 6 meses se declararon 2.500 efectos adversos, leves en su inmensa mayoría. Los más graves se dieron cuando se puso la vacuna junto con la vacuna de la meningitis. Hubo dos casos de Guillem Barré. El 4% de los efectos adversos se dio en mujeres y varones que estaban fuera de la edad de vacunación recomendadas.

El **70%**: Hay gente que dice que vacunándote tienes un 70% menos de posibilidades de tener un cáncer de cuello de útero. Falacia al canto. Protege de infectarte de los tipos de virus del papiloma que dejados 20 años, causan el 70% de los cánceres.

Sombras de la vacuna.

Mecanismos de acción del virus y de la vacuna:

- La replicación vírica se produce en la superficie de la mucosa, la cifra de anticuerpos circulantes en sangre es muy baja o inexistente. La infección no conlleva viremia en

- sangre (y la vacuna lo que hace es aumentar los anticuerpos en sangre).
- Se desconocen los detalles de la respuesta inmunológica normal, pero es muy efectiva.
 - La reexposición en las consecutivas relaciones sexuales no afecta a la respuesta inmunológica.
 - La vacuna sabemos que aumenta en veinte veces los anticuerpos en sangre, pero no sabemos cómo elimina la infección viral sobre la mucosa.
 - La inmunidad natural con la que nuestro organismo lucha contra la infección es celular, no humoral.
 - Teoría del nicho ecológico del nicho vacío: la vacuna evita la presencia o la actividad frente a los virus contra los que se vacuna y cambia la ecología del cuello uterino. Hay datos que sugieren que puedan proliferar otros virus de alto riesgo oncológico o que se transformen los de bajo riesgo.
- ¿Habrá sustitución de serotipos en el medio ecológico, como en el caso del neumococo?

En estudios de coste-efectividad y modelos matemáticos realizados en Canadá, donde la prevalencia de cáncer de cérvix es 3 veces mayor que en España, si la protección que confiere la vacuna es menor de 30 años:

- Las probabilidades preventivas del cáncer de cérvix bajan del 61 al 6 %.
- El número de mujeres necesarias para evitar un caso no una muerte, pasa de 324 a 9.088.
- El coste pasa de unos 100.000 euros a 3.000.000.

Hay que seguir con el programa de cribado, porque hay 13 cepas cancerígenas contra las que la vacuna no protege y el 30% de los cánceres de cérvix están provocados por éstas.

Es la vacuna más cara de la historia. Gardasil cuesta 464 euros y Cervarix 449 euros, las tres dosis. La suma de las dosis de todo el calendario vacunal de un niño en Cataluña para prevenir 11 enfermedades transmisibles cuesta 235 euros.

El gasto del presupuesto sanitario para Salud Pública incluyendo vacunas es del 2%. Al incluirse la vacuna del papiloma, de éste 2% se destinará la mitad al gasto en esta vacuna. El presupuesto en Salud Pública se ha duplicado en los últimos años, por lo que no entra dentro de la agenda política destinar más recursos, y menos con la que está cayendo.

Desprestigio social de las vacunas. Son un tesoro sanitario, que la historia y la responsabilidad han forjado:

- La difteria acababa con la vida de uno cada cinco enfermos en las epidemias.
- El sarampión con cientos de miles de casos anuales, una muerte por cada 2500 y un caso de encefalitis por cada 1000.

Estamos ante una vacuna con un bajo impacto en salud; hay que tener en cuenta el socavamiento del desprestigio social al que pueda contribuir el tratamiento que ha recibido esta vacuna. Los daños, las reacciones adversas graves, también están contribuyendo al descrédito de estas vacunas y de otras.

- Difundir la idea de epidemia de cáncer de cérvix y/o la de “vacuna contra el cáncer” es un ejercicio de irresponsabilidad social y científica.
- Hay que tener cuidado con la simplificación y la banalización de las estadísticas. Más de medio millón de casos con 250.000 muertos, la mayor parte en países pobres, donde reside la mayor parte de la población mundial. No se entiende por qué se pretenden extrapolar estos parámetros epidemiológicos a España.
- No se prevee cómo se va a acceder a las poblaciones más marginales, esas poblaciones que tampoco van a hacerse la citología.
- Hay que reforzar los programas de cribado, pero no sobre las mujeres que ya lo hacen. En España se hacen 10.000.000 de citologías anuales, una locura. Un número prácticamente inexplicable teniendo en cuenta la demografía.
- El hecho de la dejación y del estado actual del programa de cribado no es una excusa para impulsar la vacunación sistemática como una huida hacia adelante.
- Los casos de cáncer de cuello de útero que la vacuna es capaz de prevenir son muy bajos, incluso en condiciones ideales.
- No se han explicitado claramente los objetivos que se permiten con la vacunación. De éstos dependen las actuaciones posteriores:
 - Si el objetivo es erradicar la infección por HPV, la estrategia es la de la inmunización general, requiriendo la vacunación de los varones.
 - Si el objetivo es reducir las muertes, lo que habría que hacer es contar con una vacuna que realizara una cobertura mayor de los serotipos cancerígenos.
- ¿Estarán bien informadas las pacientes de lo que significa la vacuna? ¿Tendrá la vacuna algún efecto en la despreocupación por las ETS? ¿Tendrá algún efecto en la adherencia al programa de cribado?
- La vacunación por edad resulta un agravio para las familias de las niñas que no han tenido relaciones sexuales aún y que por edad quedan excluidas del programa de vacunación.

Algunos interrogantes:

- ¿Habría que revacunar? ¿Cuándo? ¿Quién correrá con el gasto de la revacunación?
- Habría que observar el impacto que tiene la vacuna en países pobres y con programas de cribados mal organizados.

Las condiciones para introducir una vacuna en el calendario vacunal hasta ahora siempre habían sido:

- Que la enfermedad a prevenir sea un importante problema de salud pública para la sanidad.
- Que sea eficaz y segura.
- Que sea compatible con el resto de vacunas del calendario vacunal.
- Que la implantación sea eficiente.

La eficiencia del sistema sí es importante. Desde el punto de vista del médico de familia jamás se puede anteponer la eficiencia del sistema al interés del paciente, sobre todo si ese paciente es tú paciente; pero sí que es importante la eficiencia del sistema.

España se va a gastar 125 millones de euros anuales. Para cuando la vacuna empiece a contribuir a que no se desarrolle un cáncer por haber prevenido algún tipo de lesión que

se podía haber controlado con una citología, el Estado se habrá gastado 4000 millones de euros.

El problema está en que no hay que ser ingenuo, el presupuesto no va a aumentar en esa cuantía; hay que valorar lo que se podría hacer y no se va a hacer y lo que se hace y va a dejar de hacerse, con el dinero destinado a la vacuna.

Conclusiones:

La verdadera innovación en prevención del Cáncer de cérvix está en el abordaje integrado desde una perspectiva de Salud Sexual y Salud de la mujer.

La vacuna es beneficiosa en algunos aspectos, pero no debe estar financiada por el sistema público de salud. Los beneficios que representa no compensa ni de lejos el dinero invertido.

Se debe presionar para que desfinancie y que ese dinero no se pierda entre los despachos, sino que se destine a alguna medida que realmente suponga reducir la mortalidad de ésta enfermedad o de otras.

El mercado de productos preventivos y el marketing no puede definir las agendas públicas de salud.

Los políticos han actuado cobarde e irresponsablemente con su posicionamiento en torno a la vacuna. Han utilizado la salud para sacar votos. En el documento, abajo, podemos ver cómo estaban interesados en la vacuna, incluso antes de su evaluación.

Es sorprendente, cuando menos, que Julie Gerberding, la directora de 2002 a 2009 de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (agencia oficial de EE.UU. que determina el uso de vacunas y otros tratamientos en epidemias y demás) pase en enero de 2010 a ser presidente de la Sección de Vacunas de Merck, uno de los principales laboratorios farmacéuticos del mundo.

Los políticos, interesados en la vacunación antes de su evaluación

Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades

161/002221 (CD)
663/000079 (S)

La Mesa del Congreso de los Diputados, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto al asunto de referencia

(161) Proposición no de Ley en Comisión.

AUTOR: Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió)

Solicitud de que su Proposición no de Ley sobre la comercialización de la vacuna contra el virus del papiloma humano, causante del 100% del cáncer de cuello de útero sea tramitada en la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de abril de 2007.—**Josep Antoni Duran i Lleida**, Portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió).

El Senado insta al Gobierno a incluir "de modo urgente" la vacuna contra el cáncer de cérvix en el calendario vacunal

BTHomeHub-CSE9
Acceso a Internet



10 / 28

Recuerdo un día en un curso de ginecología que se impartía en el Colegio de Médicos de Madrid, en la charla sobre la vacuna, provacuna, al “experto” desacreditando al “Grupo de la Moratoria” (Grupo que abogaba por no incluir esta vacuna en el calendario vacunal de momento) porque entre los firmantes había carpinteros y albañiles.

Estos son los “cabezas de lista” de ése grupo.

Carlos Álvarez-Dardet, Catedrático de Salud Pública Universidad de Alicante, Director del Journal of Epidemiology and Community Health.

Soledad Márquez Calderón, investigadora, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Sevilla.

Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Economía Aplicada Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Lucía Artazcoz, investigadora, Centro de Análisis y Programas Sanitarios.

Leonor Taboada, periodista Directora de Mujeres y Salud.

Ildefonso Hernandez-Aguado, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Miguel Hernández.

Miquel Porta, Catedrático de Salud Pública, Instituto Municipal de Investigación Médica y Universidad Autónoma de Barcelona.

Los retos de la vacuna.

El futuro de esta vacuna no es saber si hay que vacunar a los hombres. La industria ya se está frotando las manos si logran meter este gol. Ampliar la población diana está siempre en su agenda. Que la población diana sea un amplísimo grupo de población es siempre su objetivo.

Tampoco si hay que revacunar con otra dosis. O si se logra saber cuándo.

El hito que debe marcar esta vacuna es ver cómo un producto que ha entrado por la fuerza del marketing de la industria en el sistema público, sale del mismo por la presión de profesionales y de pacientes.

La vacuna puede ser un buen ejemplo de “desfinanciación”. Para desfinanciarla hay que ofrecer una buena alternativa de qué es lo que se va a hacer con el dinero que se va a ahorrar.

OSTEOPOROSIS.

¡Qué viene el lobo! Esta es muy buena, que está sacada de una página oficial, del Ministerio de Sanidad.

- **Se estima en aproximadamente 3 millones el número de personas que padecen osteoporosis en España, de las cuales 2,5 millones son mujeres.**
- **Esta enfermedad causa más de 1,3 millones de fracturas de vértebras, muñeca o cadera en el mundo. Las más graves son las fracturas de cadera, ya que la práctica totalidad de las mismas están abocadas a una delicada y no siempre exitosa cirugía. Además, un 25 por ciento de las personas que ha sufrido una fractura de este tipo fallecen en los seis meses.**

A pesar de que prevenir la enfermedad es sencillo llevando una serie de hábitos de vida saludables, dado el carácter silente de esta enfermedad y lo trágico de sus primeros síntomas, es clave dentro de su manejo un diagnóstico precoz en el que la densitometría ósea sigue siendo la técnica de referencia o *gold standard*. No obstante, aún en nuestro país sólo se disponen de 208 densitómetros en todo el territorio nacional.



hincapié en la consecuencias más graves



La osteoporosis no es una enfermedad. Es solamente un número. Es la probabilidad de padecer una fractura. La probabilidad en la población general es muy baja. Solamente un mínimo subgrupo de la población debería preocuparse acerca de ello y solamente un grupo aún menor debería tomar fármacos para que la probabilidad de fractura disminuya.

La realidad es que las mujeres desde el momento de la menopausia se preocupan por el tema, debido como ya conocemos, a las campañas de los medios de comunicación y de algunos profesionales con mucho poder de influencia y como siempre, bien untaditos por la industria.

La manipulación viene dada de la siguiente manera:

Primero: “todas las mujeres deben hacerse densitometrías, después de la menopausia y periódicas”.

“Si los resultados salen por debajo de un parámetro tienes osteoporosis y deben tomar fármacos” (se llaman bifosfonatos).

“Con los fármacos evitarás tener la fractura que es seguro que tendrías si no los tomaras”.

Vamos a ir analizando la falsedad de estos planteamientos.

Algunos aspectos generales.

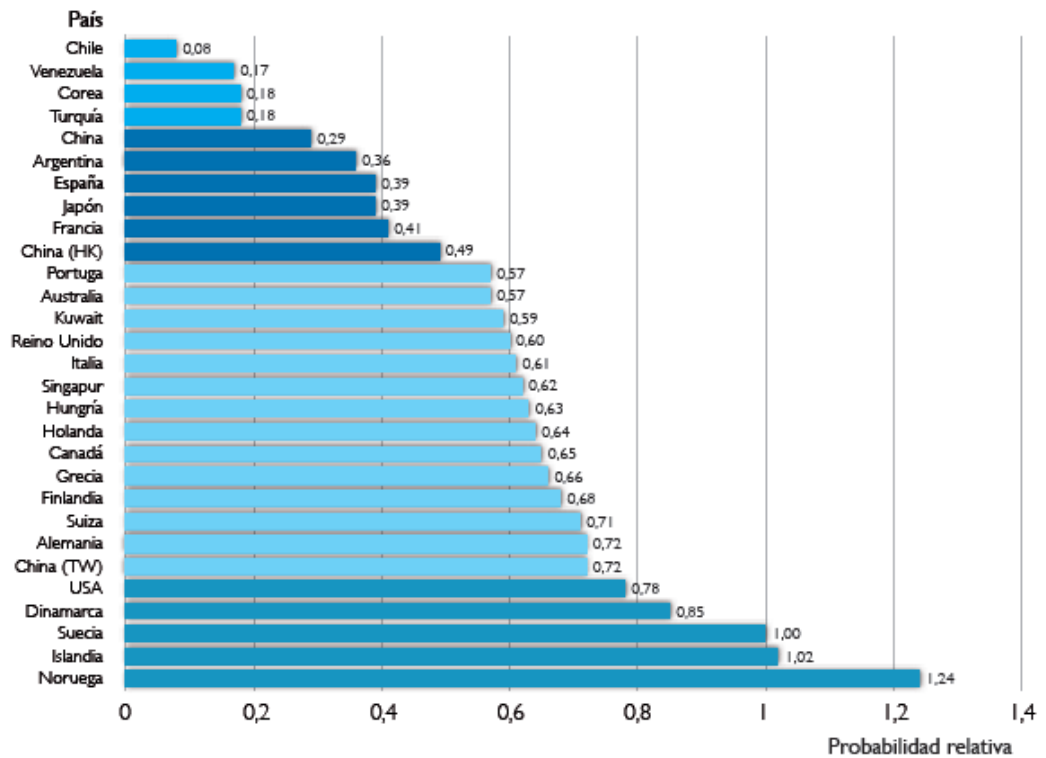
Demostrar el bulo

- España es el país del mundo que más bifosfonatos prescribe, según un estudio del sistema sanitario inglés.

Rank	Country	Drug molecule
1	Spain	Alendronic acid
2	France	Clodronic acid (IM)
3	USA	Etidronic acid
4	Switzerland	Ibandronic acid
5	Italy	Pamidronic acid
6	UK	Parathyroid hormone
7	Denmark	Raloxifene
8	Germany	Risedronic acid
9	Australia	Strontium ranelate
10	Canada	Teriparatide
11	Norway	
12	Austria	
13	Sweden	

- España tiene una prevalencia (existencia) de fracturas baja, similar a los países de la cuenca mediterránea. Hay 25 países que tienen una prevalencia de fracturas mayor.

Figura 1 Variabilidad internacional de la probabilidad de fractura de cadera²⁴.

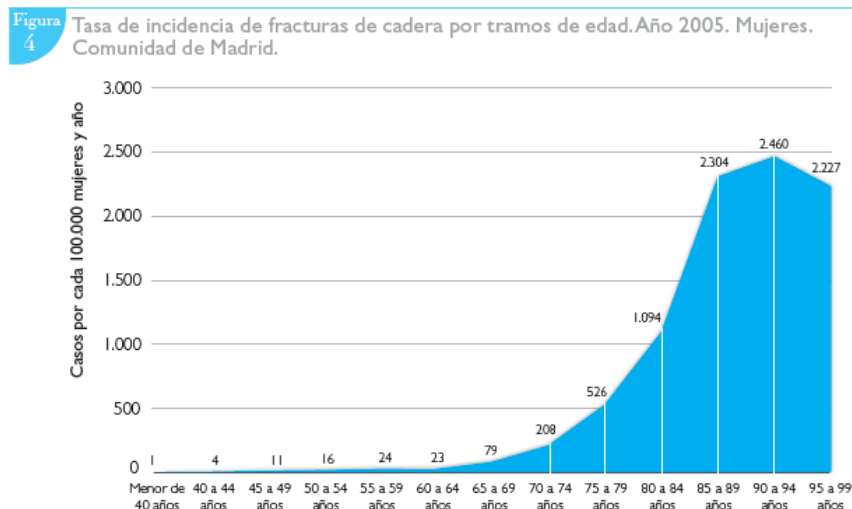


- Los países que más fracturas tienen, nórdicos, menos exposición solar, no son los que más bifosfonatos prescriben, sino al contrario.

- Los países que menos fracturas tienen son los que más prescriben.

Alguien puede decir: oye, tienen menos fracturas porque prescriben más bifosfonatos. Pero ese paradigma no explica que los que más fracturas tienen prescriban menos bifosfonatos, sobre todo viniendo de países que no se caracterizan por trabajar con prácticas sustentadas en escasas evidencias como los nórdicos y anglosajones.

La edad media a la que se tiene una fractura de cadera es a los 82 años.



En la Comunidad de Madrid, el 95% de las fracturas de cadera se producen en mujeres mayores de 65 años, siendo el porcentaje del 85% si se consideran las mujeres mayores de 75 años.

La edad media a la que se produce una fractura vertebral es a los 74 años.

Es decir, la osteoporosis es una entidad de mujeres más bien ancianas.

Esto sorprende mucho, cuando se sabe que la población diana sobre la que se hace hincapié es sobre mujeres menopáusicas (50-55 años).

Esta es la probabilidad que tiene de tener una fractura de cadera una mujer sana a los 10 años.

Probabilidad (riesgo), en %, de presentar una fractura de cadera en los próximos años según la edad. Mujeres. Comunidad de Madrid.

	50 años	55 años	60 años	65 años	70 años	75 años	80 años	85 años
Al año	0,02	0,01	0,02	0,03	0,15	0,38	0,82	2,13
A los 2 años	0,04	0,03	0,05	0,09	0,32	0,8	1,55	4,31
A los 3 años	0,05	0,05	0,09	0,16	0,49	1,3	2,69	6,5
A los 4 años	0,07	0,08	0,09	0,24	0,73	1,91	4,05	9,08
A los 5 años	0,08	0,12	0,11	0,38	1,04	2,65	5,48	11,29
A los 6 años	0,09	0,15	0,14	0,53	1,42	3,44	7,50	13,68
A los 7 años	0,11	0,18	0,20	0,7	1,84	4,15	9,55	
A los 8 años	0,13	0,21	0,27	0,87	2,32	5,27	11,62	
A los 9 años	0,16	0,21	0,35	1,11	2,93	6,59	14,06	
A los 10 años	0,20	0,23	0,49	1,42	3,66	7,98	16,15	
A los 11 años	0,22	0,27	0,64	1,8	4,45	9,94		
A los 12 años	0,25	0,32	0,81	2,21	5,15	11,94		
A los 13 años	0,29	0,39	0,98	2,7	6,26	13,96		
A los 14 años	0,29	0,47	1,22	3,3	7,57	16,33		
A los 15 años	0,31	0,61	1,53	4,03	8,94	18,37		
A los 16 años	0,34	0,76	1,91	4,81	10,88			
A los 17 años	0,39	0,93	2,32	5,51	12,86			
A los 18 años	0,46	1,1	2,80	6,61	14,86			
A los 19 años	0,55	1,34	3,41	7,92	17,20			
A los 20 años	0,69	1,65	4,13	9,29	19,22			
A los 21 años	0,83	2,03	4,92	11,22				
A los 22 años	1,00	2,44	5,62	13,19				
A los 23 años	1,17	2,92	6,72	15,19				
A los 24 años	1,42	3,52	8,02	17,52				
A los 25 años	1,72	4,25	9,39	19,53				
A los 26 años	2,10	5,03	11,32					
A los 27 años	2,51	5,73	13,29					
A los 28 años	3,00	6,83	15,28					
A los 29 años	3,60	8,13	17,61					
A los 30 años	4,33	9,5	19,61					
A los 31 años	5,11	11,43						
A los 32 años	5,81	13,39						
A los 33 años	6,90	15,38						
A los 34 años	8,20	17,71						
A los 35 años	9,57	19,71						
A los 36 años	11,50							
A los 37 años	13,46							
A los 38 años	15,45							
A los 39 años	17,77							
A los 40 años	19,77							

- Riesgo menor de 3%
- Riesgo entre el 3% y el 5%
- Riesgo entre el 5% y el 10%
- Riesgo mayor del 10%

Por poner unos ejemplos. Una mujer de 50 años a los 15 años tendrá una probabilidad de tener una fractura de cadera del 0,31%; algo completamente irrisorio.

O una de 60 años, a los 10 años, menor del 0,5%. Tienes más probabilidad de tener un accidente si conduces.

Es muy común que a una mujer de 50 años, menopáusica, le hagan una densitometría, le salga un valor considerado “malo” y le casquen un tratamiento con fármacos. Eso está mal hecho. Explicaremos por qué.

Todas las mujeres con la menopausia pierden los efectos sobre el hueso que tienen los estrógenos (éstas hormonas se dejan de producir con la menopausia) y el hueso se deteriora, se pierde “masa ósea”. Eso es un hecho fisiológico, normal. Esa pérdida ósea tiene lugar en esos años después de la menopausia y después se estabiliza, no sigue cayendo.

Por esa razón, si hacemos una densitometría a las mujeres después de tener la menopausia las “pillaremos” con una pérdida ósea, la densitometría saldrá “mal”, saldrá “patológica” y lo que suele pasar es que el médico mande tratamiento.

La cuestión no es si hay que mandar tratamiento o no, si no que no hay que hacer esa prueba para nada a esa mujer. Explicaré cuándo hay que hacerla y cuál es su valor.

La densitometría.

Madrid empleo métodos de marketing

Madrileñas con una menopausia de más de tres años pueden someterse desde hoy a una prueba para prevenir la osteoporosis

MADRID, 3 Oct. (EUROPA PRESS) -

Las madrileñas que alcanzaron la menopausia hace más de tres años y quieren saber si están expuestas a padecer osteoporosis pueden someterse desde hoy hasta finales del próximo diciembre a una densitometría ósea gratuita en el Instituto Palacios (Antonio Acuña, 9).

La prueba es muy sencilla, no dolorosa, dura unos siete minutos y aporta la configuración de la masa ósea de la paciente. El objetivo es prevenir la osteoporosis en aquellas mujeres con un alto riesgo de padecer esta enfermedad y de evitar fracturas en aquellas en las que ya está presente.

Se estima que 2,5 millones de españolas padecen osteoporosis, un 35% de ellas mayores de 50 años y más de la mitad, por encima de los 70. Además, se calcula que una de cada cinco mujeres mayores de 50 años tiene al menos una fractura vertebral y una de cada 3.000 tiene una fractura de cadera.

No obstante, es una enfermedad que puede evitarse y/o retrasarse si se toman medidas adecuadas a tiempo, algo para lo que es fundamental un diagnóstico precoz como el que permite la densitometría ósea.

Wondershare 94 / 104

Esta es una prueba que habla “de cómo están los huesos”. Es una prueba, en sus características, muy imperfecta. Habla de “cómo están los huesos” mal. No es un buen elemento, no es un elemento fiable. Sólo hay que utilizarla en algunas situaciones.

La adquisición de su importancia se remonta a 1994 (en los albores de la comercialización de Alendronato, un bifosfonato, un fármaco para “los huesos” ¡qué casualidad!; ya conocemos por la vacuna del virus del papiloma que primero va el producto y luego la campaña. Aquí es igual) cuando la OMS debe definir un punto en el cual la densitometría es “patológica”, y decide que sea cuando el T-score (un parámetro) sea menor de -2,5. Hay que resaltar que la justificación de este punto no tiene ninguna razón clínica, sino que se puso para hacer estudios epidemiológicos (científicos).

Es sabido que mientras el Z-Score te compara tu masa ósea con la masa ósea de las mujeres de tu misma edad, el T-Score lo hace con mujeres jóvenes, con lo que la probabilidad de que tengas 60 años y se te dé por patológica cuando realmente no lo eres es mayor.

Andando el tiempo, la Industria trabajó para construir el paradigma: T-score menor de 2,5, osteoporosis, tratamiento. Los paradigmas sencillos funcionan bien, aunque sean falsos. La gente no se quiere complicar.

Hay muchos más elementos que determinan la probabilidad de una mujer de tener una fractura. La densitometría es uno y es débil.

El más importante es la edad. La gente se piensa que como un elemento que influye en una enfermedad no cuesta dinero ni hay que hacer ninguna prueba para calcularlo, no es importante, aunque lo sea el que más.

La probabilidad de tener una fractura se explica en un porcentaje menor de un tercio por la densitometría.

El peso de la edad como factor de riesgo es siete veces mayor que la pérdida de masa ósea densitométrica.

El T-score guarda, por tanto, una relación con la edad. Un T-score de -3 con 50 años, representa una probabilidad de tener una fractura menor del 5%, con 80 años del 20%.

El valor predictivo positivo a los 70 años es del 9%; es decir, de todas las que tengan un valor densitométrico patológico solamente tendrán una fractura el 9%.

A los 80 años del 36%.

¿Y a los 60 años? No hay estudios consistentes en mujeres menores de 60 años. ¡Y las estamos medicando! Se calcula que menor del 5%.

¿Por qué no hay que usar la densitometría salvo en algunas situaciones muy particulares?

En algunos estudios, como en el de Rotterdam, la mitad de las fracturas se producían en mujeres sin alteraciones densitométricas.

Algunos aprovechan este argumento para tratar a las mujeres que tienen osteopenia (no tienen un T-score menor del -2,5 sino que está cercano a él, entre el -1 y -2,5). Esta medida provoca que se trate a las mujeres con un beneficio individual bajo.

Osteoporosis densitométrica tienen... de las mujeres de 50 a 60 años, más del 60%. De las mujeres de 65 a 70 años, el 80%.

El 80% de fracturas en extremidades inferiores, las sufren mujeres sin alteraciones densitométricas.

Pero se siguen tratando fracturas en función del numerito.

disminución de los umbrales diagnósticos

OSTEOPOROSIS: LA EDAD DE INICIO DEL TRATAMIENTO SE DEBATE ENTRE LOS ESPECIALISTAS

La osteopenia pasa de factor de riesgo a entidad patológica

→ La disminución de umbrales en el diagnóstico de la osteoporosis ha hecho que muchos especialistas consideren necesario tratar a mujeres cada vez más jóvenes y que la osteopenia, que hasta ahora ha sido considerada un factor de riesgo, pasa a tener categoría de enfermedad.

Elisa Izate
La falta de criterios comunes y de protocolos estandarizados impide el manejo de la osteoporosis en atención primaria (AP). Según explica Alberto López García Pardo, coordinador del Grupo de la Mujer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, "existe una gran confusión a la hora de tratar a las pacientes con osteoporosis, ya que los especialistas en geriatría, densitometría y en medicina interna, al estudiar las recomendaciones, utilizan la Organización Mundial de la Salud como estándar para el diagnóstico, algunos recomiendan diagnosticar siempre por edad a mujeres cada vez más jóvenes que poseen osteoporosis".

La elevación de umbrales comunes para AP y atención especializada puede ayudar a establecer unos criterios claros de derivación.

de hacer estos diagnósticos es el momento de "hacerlos". También ha la

de BIlbao, y la Comisión de Vigilancia, trabajan en la elaboración de un protocolo de actuación en AP y

esta recomendación, como lo sugiere el estudio de la Fundación ANA, que ha realizado un primer análisis de alto nivel en la zona peninsular de prevalencia de fracturas de cadera en mujeres mayores de 55 años y la calidad de los diagnósticos de la densitometría.



Share 01 / 104

El mecanismo de acción de las caídas, por ejemplo, tiene una importancia similar al número de la densitometría. Es decir, la diferencia entre caerse de lado o de frente respecto a la posibilidad de romperse la cadera en una determinada edad tiene la misma importancia que ese numerito.

Para ser más exactos, una densidad mineral ósea baja aumenta el riesgo de fractura de 2 a 2,5 veces. El mecanismo de caída de lado aumenta de 3 a 5 veces, y la caída sobre el trocánter (una de las partes del fémur) 30 veces.

Nadie dice, cuando asusta con esa relación entre fracturas y muerte, que la conjunción de éstas dos viene determinada por la comorbilidad de la paciente, es decir, por las demás enfermedades que tenga la paciente; y por la edad.

Está claro, que una paciente con una fractura vertebral de 55 años va a tener escasa probabilidad de tener una complicación asociada.

Los factores de riesgo para tener una fractura que considera la Comunidad de Madrid son los siguientes:

- Historia personal de fractura periférica (no vertebral) después de los 50 años.
- Antecedente familiar de fractura.
- Antecedente personal de fractura vertebral. (cuenta por 2)
- IMC < 19

¿Cuándo hay que hacer densitometría?

Cuando del resultado va a depender si se trata o no a la paciente. Es decir, pacientes de 60 a 75 años con 2 o más de éstos factores de riesgo o pacientes mayores de 75 años con 1 o más factores de riesgo.

Entiendo lectora, que usted se desconcierte ante este humilde médico de cabecera. Usted es leída y ha visto informaciones como ésta. ¿A que no adivina quiénes son las mujeres de esta foto, que se han prestado en el trabajo a realizarse una densitometría?



¿Densitometría? Si algunas son muy jóvenes. Algunas no tiene pinta ni de tener 50 años. ¿Habrán que hacerse la densitometría con 50 años? Y perdóneme usted el descaro, pero no puedo dejar de quejarme ante la obscenidad que significa sacar en el centro de la foto a una mujer con aspecto de verdad de enferma y de compromiso físico para apoyar este mensaje obsceno.

Pues ya ve usted lectora, quiénes eran las mujeres de la foto.

Luego dice el Ministerio (principio del capítulo) que no hay suficientes densitómetros... ¿para qué?

Los fármacos.

Los fármacos, que es lo que les importa a los que mueven este tinglao. Porque marear a la paciente con la densitometría no es ni muy importante ni muy rentable. Lo importante es llegar a este punto.

Hay algo en lo que todas las guías y las recomendaciones de cierto prestigio en el mundo coinciden: no tratar a mujeres que nunca han tenido una fractura y no tratar a mujeres menores de 60 años.

Si se da el caso de que se decide o hay que tratar hay que saber qué fármaco es el que se pone y ser conscientes del beneficio que se obtiene y de los efectos secundarios que tiene, tanto generales, como específicos de grupo.

Se acepta que en el caso de tratar los fármacos más convenientes son Alendronato y Risedronato.

Alendronato es el que mejor resultados globales ofrece y éstos son que disminuyen el riesgo de tener una fractura vertebral el 7% y de cadera el 1,1%.

No hay ningún fármaco que tenga resultados tan “exitosos” en general, como Alendronato.

Risendronato se considera segunda opción.

Ranelato de Estroncio y Raloxifeno, tienen resultados peores y como efecto secundario más destacable y específico, tromboembolia venosa. Con Raloxifeno hay que tratar a 300 mujeres para prevenir 3 fracturas y provocar 2 fenómenos tromboembólicos.

Os voy a contar cómo Ranelato de Estroncio consigue su “acreditación” de fármaco que disminuye el riesgo de fractura, que es una historia muy bonita y muy representativa.

Ranelato de Estroncio, en su intención de demostrar que es un fármaco que reduce las fracturas participa en un estudio como los que habitualmente se hacen para proveer a un fármaco de una indicación. La variable principal era “a ver si disminuía el riesgo de fractura de cadera”. Como le sale que no, que no lo previene, hace una segunda fase del estudio. Pero si en la primera el fármaco había sido estudiado en población general, esta vez se cogen un subgrupo de pacientes. Mujeres ancianas (media de edad 80 años), con una densidad mineral ósea en fémur de $-3,5$ o más baja, y las cuales habían tenido ya una fractura antes en el 60% de los casos. Es decir, como no me ha salido por las buenas, a la primera, lo que quería, pues me cojo a las pacientes que más riesgo de tener una fractura tienen para que me salga que sí, que el fármaco previene las fracturas de cadera. Es lo que se llama un análisis posthoc. Pues aún así, le sale que sí que las previene, pero con una potencia estadística muy baja. Es decir, demuestra con esa

trampilla que sí, pero además de eso le sale que sí por muy poco. Con todas estas dudas la agencia europea del medicamento (EMA) decide que sí, que este fármaco puede incluir en su ficha técnica la indicación de evitar las fracturas de cadera, cuando no lo ha demostrado en la población general, ni siquiera en las pacientes con un poco de riesgo de fractura; sino en las que más riesgo tenían.

Teriparatida y Calcitonina son fármacos muy caros, con graves efectos secundarios en animales de laboratorio (sarcomas) que en el momento actual no deben ser considerados, salvo si el representante farmacéutico te invita a ir un día al paintball, como les pasa a los traumatólogos.

Los fármacos éstos denominados bifosfonatos tienen efectos secundarios característicos de grupo. Algunos son leves y frecuentes y otros raros y graves.

Leves y frecuentes: malestar gástrico, reflujo. Usted sabrá que hay algunos que deben tomarse sin tumbarse ni sentarse en la media hora de después.

Raros y graves:

1. Cáncer de esófago: multiplican por 2 el riesgo de padecerlo.

BMJ

RESEARCH

Oral bisphosphonates and risk of cancer of oesophagus, stomach, and colorectum: case-control analysis within a UK primary care cohort

Jane Green, clinical epidemiologist,¹ Gabriela Czanner, statistician,¹ Gillian Reeves, statistical epidemiologist,¹ Joanna Watson, epidemiologist,¹ Lesley Wise, manager, Pharmacoepidemiology Research and Intelligence Unit,² Valerie Beral, professor of cancer epidemiology²

2. Necrosis del hueso maxilar: aumenta la probabilidad de tener un evento de este tipo si se está sometido a algún procedimiento dental, aunque el riesgo varía dependiendo de la naturaleza del mismo.

COMUNICACIÓN SOBRE RIESGOS DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Ref: 2009/10
25 de septiembre de 2009

NOTA INFORMATIVA

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA OSTEONECROSIS DEL MAXILAR ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS

3. Y como estrella... con éste te partes... te lo cuentan y no te lo crees.... Que los fármacos que se usan para evitar las fracturas, producen (raros pero graves) fracturas en sitios donde normalmente no se tienen: fracturas atípicas; sobre todo en el cuello del fémur.



Conclusión

La osteoporosis es una entelequia. Hay un grupo reducido de mujeres que tiene una probabilidad mayor de tener fracturas. A esas hay que hacerles densitometría y tratar en función de los resultados.

Estas mujeres suelen ser de avanzada edad y probablemente se obtenga más beneficio intentando evitar el más importante factor de riesgo de fracturas modificable (el no modificable es la edad), que es la caída.

Contribuye más a fracturarse caerse que tener los huesos “de mala calidad”.

Si está indicado tratar se debe saber:

- Que la probabilidad de tener una fractura sólo disminuye en un 7 % en el mejor de los casos con el mejor tratamiento.
- Que esos fármacos tienen efectos secundarios.
- Que los fármacos “empiezan a hacer efecto”, es decir, la probabilidad de fractura empieza a disminuir, hacia el año y medio del comienzo de la toma.
- Que hay que tomarlos al menos durante 5 años y luego no se sabe bien qué hacer.

Afortunadamente se sabe que los pacientes no nos hacen mucho caso. A los dos años de comenzar el tratamiento sólo un 50% sigue con él y a los 5 sólo el 20%.

La duración global del tratamiento no ha sido bien establecida. Es una polémica que continúa.

No puedo dejar de pensar todos los tratamientos que he visto mal indicados. Así a vuela pluma creo que deben ser el 85% más o menos de las pacientes que han pasado por mi consulta. Y de todas las mujeres que por haber tenido una fractura, o ninguna, o porque les salió “mal” una prueba que nunca le habrían que haber hecho, toman bifosfonatos.

La OMS no incluye la valoración del riesgo de caída en el riesgo absoluto de fractura porque era “muy difícil de realizarse por los médicos generales”.

Es inaceptable cuando las caídas están presentes en más del 90% de las fracturas.

En programas para evitar las caídas nadie tiene interés: lleva tiempo, hay que hablar con el paciente, hay que ir a su casa a ver las barreras arquitectónicas de la misma... hay que ser humano.

Es mucho mejor despachar un medicamento e irse a cenar con los del Laboratorio.

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA Y LA IMPORTANCIA DE LA MEMORIA HISTÓRICA EN MEDICINA.

La historia de la terapia hormonal sustitutiva es un pasaje muy bonito y a la vez muy triste de la historia de la medicina.

Vaya por delante que haber instaurado el tratamiento “con hormonas”, “con los parches”, a las mujeres, fue un auténtico disparate.

A lo que me refiero con bonito y triste es a algunos aspectos de la mesa hacia el médico. De la mesa hacia el paciente ésta es una historia trágica, una auténtica catástrofe.

Para los médicos fue “bonita” en el sentido que fue la primera vez que se vio claramente a un fármaco salido de una campaña de marketing en la que bajo el untamiento propio de la misma, gran cantidad de profesionales se pusieron a prescribirlo, a lo loco. Cuando un fármaco es nuevo se exige al profesional cautela, contención. Pues en este caso pasó lo contrario: parches como pa una boda.

Andando el tiempo salieron estudios que hablaron de los efectos perjudiciales del fármaco... y no eran una chorrada los resultados, eran que aumentaban el riesgo de tener cáncer (de mama) y de tener infartos al corazón.

La historia triste es que nadie pagó por todos esos cánceres y esos perjuicios a las mujeres. Se habían dicho muchas cosas buenas de esos fármacos, cercenando a quién se atrevió a poner en duda esos razonamientos; y cuando se demuestra que los fármacos eran perjudiciales... aquí paz y después gloria. Cerramos el chiringuito y nos vamos con la música a otra parte. La terapia hormonal sustitutiva es el primer caso de la Medicina en el que perdimos la memoria histórica. Fruto de eso es que hoy todavía muchos ginecólogos siguen prescribiendo las hormonas para la menopausia, como si no hubiera pasado nada.

La menopausia

La menopausia es un momento importante para la mujer. Significa el fin de la posibilidad de la fertilidad. Para un hombre esta sensación es difícil de entender, pero cualquier hombre con un mínimo de interés por los sentimientos de las mujeres sabe que éste es un momento importante para ellas.

En ese sentimiento seguramente hay muchas emociones juntas. Primero, la responsabilidad que la sociedad ha asignado a las mujeres como procreadoras sin más. Por otro, el ideal de belleza asociado a la juventud que hemos construido. Lo viejo “ya no vale”.

Así es como se ha sentido la mujer cuando le ha llegado este momento. Vieja, sucia, vacía, huera. Si a esto le asocias una serie de molestias físicas hacen que este momento se presente como algo desagradable, incómodo, cuando debería ser otra etapa más de la vida de la mujer.

Así fue como se presentó la terapia hormonal sustitutiva, y por eso tuvo tanta aceptación entre las mujeres; este tratamiento iba a ser lo que les iba a liberar de esa condena.

En EEUU la tomaron el 40% de las mujeres menopaúsicas, en Europa el 30% y en España se calcula que el 15%.

Cómo se perpetró el engaño

La terapia hormonal ofrece una mejora de los síntomas de la menopausia. Éstos son frecuentes, incómodos y molestos, pero no graves. Son sobre todo los sofocos y la atrofia genital, una de cuyas consecuencias es la sequedad vaginal, que pudiera originar secundariamente dolor en las relaciones sexuales.

En consecuencia, el mejorar esto mejora normalmente la calidad del sueño y el estado de ánimo.

Se quería lanzar el fármaco pero había un antecedente en el tratamiento hormonal que pesaba mucho. Se había utilizado tratamiento con estrógenos sin progestágenos en los años 60 y 70 y se había provocado una “masacre” de cánceres de endometrio (de útero, que llamaba la gente).

Entonces, basándose en estudios observacionales y experimentales (débil evidencia científica) se proclamó a los cuatro vientos que las hormonas para la menopausia

protegían frente a los eventos cardiovasculares (que la falta de hormonas “naturales” aumentaban) y frente a la osteoporosis (que es una cosa de mujeres de la tercera edad y no de menopáusicas, como hemos visto).

Con una buena campaña (otra vez la misma historia...) y una evidencia débil detrás, se pusieron los médicos a prescribir tratamientos a troche y moche.

Primero iba el producto y después todo lo demás.

Ya se sabe que lo que mal empieza mal acaba.

1. No sólo no se confirmó que tomar hormonas disminuía la probabilidad de tener un evento cardiovascular (infarto al corazón, infarto cerebral o problemas circulatorios en las piernas) si no que se demostró lo contrario, que el tratamiento contribuía a crearlos.

El estudio HERB estudió a las pacientes que ya tenían antecedente de enfermedad coronaria y demostró que las hormonas no tenían ningún efecto beneficioso sobre los eventos cardiovasculares.

Una prolongación del HERB (HERBSII) demuestra que las mujeres tratadas con hormonas, durante el primer año de tratamiento tienen más riesgo de enfermedad coronaria.

El estudio WHI (el mejor acerca del tema hasta la fecha) confirma que las hormonas aumentan el riesgo de tener tanto infarto al corazón como infarto cerebral.

Es decir, que no sólo no son buenas para proteger de los eventos cardiovasculares, sino que tomar el tratamiento los aumenta.

2. Tomar este tratamiento aumenta el riesgo de tener un cáncer de mama.

Un estudio muy amplio ya señalaba en 1997 que este tratamiento aumentaba el riesgo de padecer un cáncer de mama. El riesgo era mayor a medida que iban pasando los años en los que la mujer tomaba el tratamiento. Se hacía significativo a partir del quinto año. La mortalidad no cambiaba, por lo que probablemente fueran cánceres de mama en estadios precoces.

El estudio WHI confirmó la sospecha de que las hormonas aumentaban el riesgo de padecer cáncer de mama, y además apuntaba que los cánceres de mama que se presentan están más extendidos.

Por esta razón, este estudio, que estaba diseñado para que durase 8 años, se tuvo que parar al 5º.

Se calcula que la broma ha costado 20.000 cánceres de mama a mujeres inglesas de entre 50 y 64 años, y eso, porque son de los pocos que lo “han medido”.

El dinero para diseñar nuevos fármacos nunca falta, pero para evaluar los daños provocados por uno nunca se encuentra.

Esta es la información que le da el Servicio Público de Salud inglés (uno de los mejores del mundo) a las pacientes en su página de información sobre terapias. 5 puntos muy claritos:

- La terapia incrementa el riesgo de cáncer de mama.
- La terapia combinada (estrógeno y progesterona) aumenta más el riesgo que sólo los estrógenos.
- Las mujeres que toman terapia tienen el doble de riesgo de tener cáncer de mama que las que no la toman.
- Cuanto más tiempo tomes la terapia, tu riesgo de tener cáncer de mama, más se incrementará.
- Tu riesgo volverá a ser el que era a los 5 años de haber abandonado la terapia (si has tenido suerte y te has librado de haberlo tenido, claro! Esto lo digo yo)

3. Enfermedad tromboembólica.

El estudio WHI pone de manifiesto que el tratamiento aumenta el riesgo de tener una trombosis venosa profunda y de una embolia pulmonar. Este riesgo es sobretodo mayor en el primer año de uso y si hay antecedentes familiares o personales.

4. Osteoporosis.

Disminuyen un poco el riesgo de fractura, pero este efecto sucede sólo mientras estás tomando el tratamiento, luego se vuelve la probabilidad normal, en un periodo corto de tiempo, 4 o 6 meses.

Como hemos visto la probabilidad de tener una fractura en una mujer menopaúsica sana es mínimo. Así que este argumento para tomar la terapia es ridículo cuando se aplica a la totalidad de las mujeres, como se viene haciendo.

5. Cáncer de endometrio, "de útero".

Ni lo aumenta ni lo disminuye.

6. Cáncer de colon.

El estudio WHI pone de manifiesto que hay 6 casos menos en 10.000 pacientes por año. Estos datos (positivos, no digo yo que no) no valen, en este contexto, para nada. Lo digo porque hay algunos que usan este argumento para avalar la terapia hormonal sustitutiva. Es un argumento vacío.

En sentido práctico, con la paciente al otro lado de la mesa, a ver quién es el que le dice a la mujer: Señora, le voy a poner un tratamiento, que le va a aumentar la probabilidad de tener un cáncer de mama y la probabilidad de que usted tenga un infarto, pero le va a reducir la de que usted tenga un cáncer de colon. ¿Qué le parece?

El argumento sólo logra la aceptación cuando se manipula.

7. Otro bulo: la terapia hormonal sustitutiva protege frente al Alzheimer.

El estudio WHI valoró la posibilidad del tratamiento mejorara algunas funciones cognitivas como la memoria. Lo hizo con algunos estudios casos-control, y los resultados apuntaban a que sí. Se hicieron revisiones sistemáticas de estos aspectos y se vio que no, que se necesitaban mejores estudios para ver qué pasaba con este tema.

El estudio WHI diseñó una rama específica para arrojar luz sobre este tema: WHIMS “Women Health Initiative Memory Study”. Las conclusiones son: No mejora la memoria, incluso la empeora, aunque la potencia (estadística) con la que lo hace es escasa.



Conclusión

Acerca del tratamiento en sí: me voy a abstraer y pensar que tengo que valorar poner esta terapia a mi madre. Por mucho que le sude el sobaco y tenga atrofia genital y lo pase un poco mal con los síntomas físicos no le pongo yo un tratamiento que le aumenta la posibilidad de tener un cáncer de mama y un infarto ni jarto a vino. Me da igual, como dicen muchos, que no pase nada, que el aumento de cáncer de mama tiene lugar a partir de cinco años del uso de la terapia. Que se lo pongan ellos a su madre.

Es como cuando hay una guerra. Los políticos que quieren entrar en ella (por otros intereses siempre) intentan justificar por todos los medios que la guerra es necesaria. Pero ellos nunca llevarán a sus hijos a que mueran en el frente. Pues aquí pasa más o menos igual.

La desgracia de muchas mujeres es que no tienen hijos médicos y son presas de ginecólogos (muchas públicos y muchísimas privados) muy prestigiosos, que siguen avalando, de una manera incomprensible, este tratamiento.

Las mujeres en este caso, quizá más que en ninguno, se han convertido en una víctima de la irracionalidad, del despropósito y de la obscenidad.

Y lo peor que es que no hay nadie que las defienda.

Lo peor que esos médicos siguen siendo prestigiosos, intocables, cuando son unos verdaderos irresponsables.

En otro orden de cosas, se siguen sucediendo escándalos en torno a este tema.



Por ejemplo, la farmacéutica Wyeth, compra a “negros literarios” para que le hagan artículos para promocionar la terapia hormonal sustitutiva y luego los firma uno de los considerados expertos.

Aquí en España, tras una fase cautelada después de la publicación de los resultados de WHI se volvió a “perderle el miedo” a la terapia sin ninguna razón, en una campaña de relanzamiento de la misma.

Es muy preocupante la actitud que ante estos temas tienen profesionales que tienen una voz muy respetada en estos temas tan candentes, como la SEGO, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que siempre ha tenido “la manga muy ancha”.

“Las mujeres sanas en su periodo de postmenopausia temprana no deberían preocuparse por los “supuestos riesgos” de la Terapia Hormonal”, dicen en un comunicado de 2008. ¡Con 20.000 cánceres de mama en Inglaterra provocados por el tratamiento! (Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003; 362: 419-27)

Se olvidan de la ética, de la ética médica, del Juramento Hipocrático: *Primum non nocere*, Primero no dañar.

Qué menos que informar a la paciente de los riesgos, como mínimo.

LA OBSESIÓN POR LA ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA (A mí me gusta llamarla ginecoilógica).

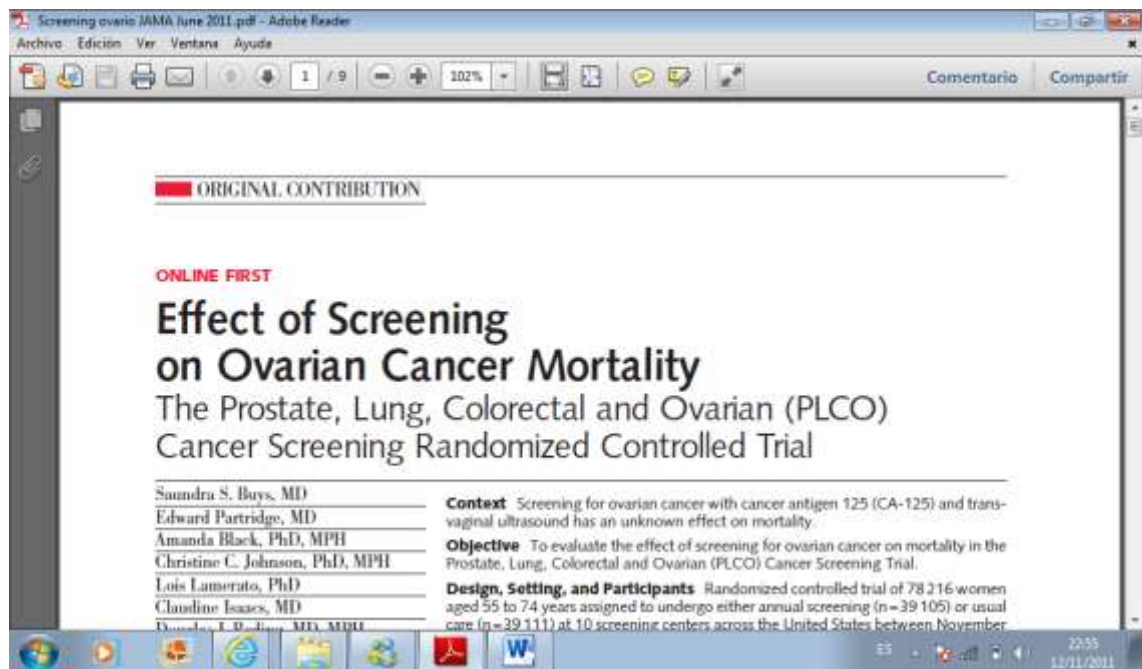
Siempre me he preguntado por qué las mujeres tienen esa querencia por hacerse una ecografía ginecológica todos los años y no por hacérsela del hígado, o del bazo o de la vejiga.

Si tú le preguntas te dirán: “porque mi ginecólogo dice que hay que hacérsela todos los años”.

Si tú le preguntas al ginecólogo, te dirá: siempre es bueno coger un cáncer a tiempo.

Vamos a los estudios. La ciencia no se sustenta en opiniones individuales (y menos cuando cobras el cheque por cada prueba que prescribes).

No hay ningún estudio que diga que la mortalidad por una patología ginecológica (cáncer que es la más grave, o cualquiera otra...) disminuye por hacerse esa prueba todos los años.



JAMA. June 2011.

Tampoco hay, que yo conozca, ningún estudio que diga cuántas mujeres en nuestro país pasan por el calvario del diagnóstico de un quiste con pinta de ser bueno, que se pincha, o ante el que se piden unos marcadores tumorales a la paciente, haciéndola sufrir durante 6 meses.

O con los miomas, que se miden cada año, cuando no hay ninguna indicación de ello y se hace a la mujer de participar del juego maléfico.

Este juego consiste en lo siguiente. Primero, te hago la eco sin indicación, sin síntomas, te encuentro algo y te hago que pienses que te he salvado la vida, aunque sea porque te he encontrado un mioma que no te tenía que haber encontrado porque no te lo tenía

que haber buscado. Te hago que pienses que hay que controlarlo cada 6 meses. Y de paso extendiendo mi juego hacia otras actividades “preventivas”. Si ha pasado eso con la eco, que creías que no tenías nada, y lo tenías, qué pasará con la citología, o con la mamografía, o con la densitometría... Ya está la mujer en el bote. Ya está medicalizada.

La ecografía ginecológica sólo debe pedirse cuando está indicado, cuando hay algún síntoma a estudiar. No hay que hacerla, y menos de rutina a mujeres sanas, sólo por revisión.

Porque de todo acto médico se derivan consecuencias. Y las consecuencias de un acto innecesario (casi) siempre son indeseables.

Hay estudios (los reseño en la bibliografía, al final) que demuestran que ésta práctica no vale para nada, incluso que es perjudicial. Y en medicina lo que no vale para nada, no es que se pueda hacer, sino que no se debe hacer, porque no se pueden consumir recursos sin necesidad.

LA MAMOGRAFÍA.

Este debate es un debate de los “eternos” en Medicina.

Aproximación

Este texto no tiene como objetivo el pronunciamiento del autor sobre si hay que hacer mamografías o no en el sistema público de salud a mujeres sanas, sin antecedente familiar de cáncer de mama.

Esta frase inicial, posiblemente, lectora, ya le escandalice.

Siempre le han dicho que la mamografía salva vidas, que el cáncer en cuanto antes se coja mejor, que hay que hacerse las revisiones. Mira Esperanza Aguirre, mira María San Gil, mira Luz Casal.

“Gracias a la mamografía están vivas”.

Ahora yo te explico: hay gente que se dedica a hacer estudios científicos y se dedica a medir cuántas muertes por cáncer de mama evita el hacer mamografías a las mujeres sanas, sin antecedente familiar de cáncer de mama.

¿Sabes cuantas muertes evita? ¿Muchas o pocas? Deben ser muchas, dicen en “Saber vivir” eso...

Primero, deberías ser consciente de que la mamografía es imposible que evite el cáncer. Lo que hará será diagnosticarlo, como mucho. Tampoco salva vidas, si acaso retrasa

muertes por cáncer de mama (de hecho, no disminuye la mortalidad, de forma que quien no muere de cáncer de mama muere de otra cosa).

La mamografía, al igual que la densitometría, no es que no sea una prueba perfecta, sino que es una prueba deficiente.

Ya sé que eso nunca te lo han dicho. A ti te ponen un pecho sobre la plancha fría, te lo aprietan y te dan el resultado. Si te da positivo tienes cáncer y si no no. Ya está. Pero las cosas son mucho más complejas que eso.

Puede que tampoco te hayan contado nunca por qué te han empezado a hacer mamografías a los 50 años y no han empezado antes, ya que la mamografía salva vidas.

Intentaré explicarte algunas cosas.

Cuando una prueba se usa en una población que tiene una alta probabilidad de tener una enfermedad, la prueba puede ser rentable; porque es fácil que la prueba (aunque sea un poco deficiente en sus características) detecte la enfermedad, porque la enfermedad se presenta de manera frecuente.

Es lo que pasa cuando se hacen mamografías a las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama, a las cuales se las suele empezar a estudiar antes de lo normal. Es lo que le pasa, por ejemplo a las mujeres de la familia de Adolfo Suárez. Frecuentemente se pone este ejemplo para hablar y sacar conclusiones hacia la población general. Pero este caso además de ser dramático, va por otra vía, es un caso diferente.

La prevalencia (existencia) de cáncer de mama en la población general es muy baja, del 0,8%; por este motivo las mamografías no son muy rentables en términos médicos. Es complicado que “cacen” un tumor entre las mujeres que se las hacen, porque muy pocas “a priori” van a tener la enfermedad. Eso suponiendo que participen en el programa un alto porcentaje de mujeres de la población general que son llamadas a hacerlo.

Es decir, que los resultados de la mamografía dependiendo de a la población a la que se apliquen son diferentes. No es lo mismo, como hemos visto, aplicarla a la población general, que a una población con una probabilidad más alta de tener cáncer de mama.

Sabiendo que la prevalencia del cáncer de mama es del 0,8%, que la sensibilidad de la mamografía es del 90% y que la especificidad es del 93%, sabemos que el valor predictivo positivo es menor del 10%. En cristiano, que la probabilidad de que una mujer tenga cáncer si la mamografía le da que tiene cáncer es menor del 10%. Escalofriante.

Otra de las claves para hacer una aproximación a este tema es hablar de “los fallos” de la mamografía.

A las mujeres se les manda una carta y se les dice: “¡jala vengal!”. Cuando lo propio sería, al menos, ya que se las cita por carta, explicarle los beneficios (sin hacer exageraciones televisivas) de la mamografía y también de sus posibles “peligros”.

Sus “peligros” manifiestos son dos. Uno que te dé un “falso positivo”. Es decir, que la mamografía diga que parece que tienes algo, con lo que te tendrán que repetir la prueba o hacerte otra y probablemente acabar “pinchándote”, es decir, haciéndote una biopsia. Y que al final no tengas nada.

El otro problema es que te dé un “falso negativo”, es decir, que tengas cáncer y la mamografía no te lo detecte, con lo que sufrirás un retraso en el diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento.

Esto ocurre. En el balance entre los fallos y los aciertos es otro aspecto donde se verá si hacer mamografías a troche y moche es bueno o no.

Más allá de los pormenores del debate, que ahora entraremos en él, una cosa que es fundamental es que la mujer debe recibir información veraz acerca de los pros y los contras de la prueba antes de hacérsela.

Porque la mujer es soberana, porque el paciente es soberano.

Vamos allá.

Imagine que tenemos dos grupos de mujeres en la misma franja de edad (de 50 a 70 años pongamos por caso), 2000 mujeres en cada grupo. 4000 en total. Y que las vamos a seguir durante 10 años. Esas mujeres están sanas y no tienen antecedente familiar de cáncer de mama. Tienen la misma probabilidad de tener un cáncer de mama que la población general (que es 0,8%).

Estamos planteándonos estudiar cuál es el beneficio que tendría hacer mamografías al grupo A durante 10 años. Les haríamos mamografías cada dos años.

La pregunta no es: ¿diagnosticaríamos más cánceres de mama? Porque la respuesta a esa pregunta es sí.

La pregunta es: ¿Cuántas mujeres morirían menos en el grupo A que en el B debido a que al grupo A le hemos hecho mamografías?

Lo que cuenta no es que la mamografía te detecte un cáncer, sino que no te mueras por eso.

Y el asunto no es que no te mueras por el cáncer, sino que el hecho de hacerte la mamografía, suponga un diagnóstico y un tratamiento lo suficientemente temprano como para ser capaz de “curarte” en comparación con no habértela hecho, en cuyo caso habrías fallecido.

Ése el verdadero valor de la mamografía.

No hay que mezclar churras con merinas.

En este caso del cáncer de mama pasa una cosa curiosa, que parece contraria a la razón. Detectar cánceres a manos llenas (lo que conseguiríamos haciendo mamografías sin ningún control) no es deseable. ¿Por qué? Porque hacer eso no ha demostrado ninguna reducción en la mortalidad por esta enfermedad.

¿Y por qué puede que sea eso? Pues porque existe, por ejemplo, un tipo de cáncer que se llama "Carcinoma in situ", que para resumir, podemos considerar como "no de los muy malos", que suele regresar y que no da más problemas. Pero que una vez detectado, a ver quién es el listo que no lo trata. Y el tratamiento consta de cirugía, radioterapia y/o quimioterapia.

Pasa algo muy parecido con las lesiones en el cuello del útero en mujeres en las primeras etapas de su vida sexual.

Entonces...

¿Cuántas mujeres morirían **menos** en el grupo de las 2000 mujeres que se hacen mamografías en comparación con las que no se las hacen, en esos 10 años?
4,5,73,500... Recuerda, que la mamografía salva vidas... 900 quizá... ¿1600?

Ahora un paso más allá...

Imagínate que las mamografías salvan vidas, pero también dan problemas, como ya hemos dicho, falsos positivos y falsos negativos.

Si eres una de las que salvan la vida por hacerse mamografías, querrías que pusieran el programa de mamografías... pero ¿y si eres una de las que dan un falso negativo, de las que tienen cáncer de mama y no lo detecta el mamógrafo, y sufres un retraso diagnóstico y en el tratamiento?

¿O si eres una de las que le tocan pasar por un falso positivo? ¿Te imaginas la angustia de 6 meses venga a hacerte pruebas, pincharte el pecho, la cicatriz, la ansiedad, la angustia familiar?

Ah... ya. Seguro que prefieres pasar por ese trance si por otro lado tienes la "seguridad" de que puedes ser esa mujer que se librá de morir por hacerse la prueba.

Ahora le voy a contar una cosa...

Hay gente, médicos científicos, que se dedican a estudiar todo esto que yo le estoy contando. El mejor estudio del mundo, que se ha hecho en Dinamarca (Cochrane), dice lo siguiente:

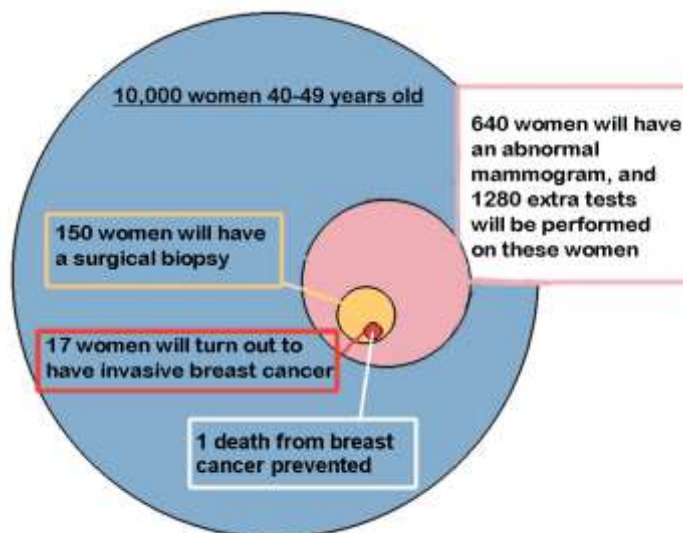
Por cada 2000 mujeres de 50 a 70 años que se hacen una mamografía cada dos años; a lo largo de 10 años:

- Se evitará 1 muerte
- 10 mujeres serán diagnosticadas y tratadas con cirugía, muchas con radioterapia y algunas con quimioterapia, innecesariamente.
- 200 darán un falso positivo

¿Por qué no hay que hacer mamografías a las mujeres que tienen entre 40 y 50 años?
Las características de las mamas son diferentes debido a la edad y eso hace que las mamografías en las mujeres de este rango de edad arrojen estos resultados.

De **10.000** mamografías:

- 640 dan un resultado anormal (que no quiere decir que tengan cáncer, ya sabéis)
- De esas 640, a algunas les repiten la prueba, a otras le hacen otras y
- Acaban pinchando (biopsia) a 150
- 17 tienen cáncer (habrás pinchado 133 mujeres para nada) (el cáncer lo van a tener igual hagas las mamografías o no)
- En un caso lograrás retrasar la muerte (no salvar la vida) de esa mujer.



Es decir, has pinchado 133 mujeres en balde, y has repetido pruebas innecesariamente a 623.

Cada mamografía cuesta 100 euros.

No se recomienda la autoexploración mamaria, ya que es una maniobra que no ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama y sólo crea ansiedad y preocupación excesiva.

Es decir, dados estos resultados, todas las agencias “serias”, organismos responsables y sistemas sanitarios del mundo decentes, desaconsejan la mamografía sin dudarlo en las edades entre 40 y 50 años, por sus malos resultados, por producir más perjuicios que beneficios, a mujeres sanas y sin antecedente familiar de cáncer de mama.

Entonces, usted, supongo, se preguntará:

- ¿Por qué el programa de mamografías de algunas comunidades autónomas en España comienza a los 45 años?
- ¿Por qué se insiste tanto en los medios de comunicación en que las mamografías salvan vidas?
- ¿Por qué mi ginecólogo me pide mamografías cada año cuando no esto no demuestra ningún beneficio, sino todo lo contrario?
- ¿Por qué mi ginecólogo me ha hecho mamografías antes de los 50, incluso antes de los 45?
- ¿Por qué se insiste tanto en que hay que autoexplorarse las mamas?

Yo también me lo pregunto, lectora, pero no tengo una respuesta clara.

Por otro lado, hay estudios para todos los gustos, como en todos los temas en medicina, estudios que apoyan esta tendencia y muchos también que la contradicen y que atribuyen un valor mayor a las mamografías.

Como ya dije, este texto no tiene como objetivo posicionarse ante la mujer sobre si se debe hacer mamografías o no.

Ni sobre si el sistema público de salud debe seguir costeando una actividad muy costosa con tan pocos rendimientos en salud...

Sólo presentar una realidad que no es siempre presentada.

Estas son las ventajas y los inconvenientes y con eso hay que decidir si se hace una la mamografía o no y saber a qué riesgos y beneficios se expone cuando se la hace.

Otra cosa es cuando te viene la paciente, te mira a los ojos en la consulta y te dice: esto es un lío... ¿y usted qué haría, doctor?

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/11/25/oncologi>

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Google

elmundo.es SALUD

ESPAÑA MUNDO ECONOMÍA CULTURA CIENCIA TECNOLOGÍA DEPORTES SALUD COMUNICACIÓN TV MADRID ICH IB CVA CYL

Buscar en Google en elmundo.es en Salud

CÁNCER SIDA Y HEPATITIS NEUROCIENCIA MUJER BIOCIENCIA CORAZÓN Y DIABETES TECNOLOGÍA NUTRICIÓN CÓDIGO SALUD PEEL SANA PSQUIATRÍA INFANTIL

Patrocinado por

US OPEN Siga en directo el Nadalbandian-Nadal

TESTIMONIOS

Las pacientes prefieren adelantar el inicio de las mamografías

Actualizado jueves 26/11/2009 08:30 (CET)

LAURA TARDÓN

MADRID.- En España, las mujeres comienzan a hacerse esta prueba a los 45 o a los 50 años, en

INFORMACIONES ANTERIORES

- Mamografía sí, ¿pero a qué edad?
- Noticias relacionadas en elmundo.es
- Noticias relacionadas en otros medios

18:58 04/10/2011

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)00605-1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)00605-1)

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Google

THE LANCET

Esta página está escrita en Inglés. ¿Quieres traducirla con la barra Google? [Más información](#) ¿Esta página no está escrita en inglés? [Traducir](#)

RSS Feeds: [Subscribe](#) | [Register](#) | [Log in](#)

Search for in All Fields [GO](#) [Advanced Search](#)

[Home](#) | [Journals](#) | [Specialties](#) | [Clinical](#) | [Global Health](#) | [Audio](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Healthcare Jobs](#)

The Lancet, Volume 355, Issue 9198, Pages 129 - 134, 8 January 2000
 doi:10.1016/S0140-6736(09)00605-1 [Cite or Link Using DOI](#)

[Previous Article](#) | [Next Article](#)

Is screening for breast cancer with mammography justifiable?

Dr Peter C. Gøtzsche MD Ole Olsen MSc

Summary

Access this article on [SciVerse ScienceDirect](#)

Article Options

- Summary
- Full Text**
- PDF (105 KB)
- Printer Friendly Version

19:32 04/10/2011



Esta es la Asociación de pacientes de cáncer de Mama, que cuenta con el patrocinio de un laboratorio farmacéutico. Donde hay financiación, hay influencia.

CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFÍA

Bueno amiga, tengo un blog que dice así:

www.1palabratuyabastaraparasanarme.blogspot.com

Espero que haber dedicado el tiempo que ha dedicado a leer esto le haya servido para algo. El tiempo es algo muy valioso en la vida.

Como le dije al principio, no creo que todo lo que yo digo es la verdad, ni que tengo toda la razón, pero sólo quería mostrarle unas realidades para que usted sea capaz de generar su propia opinión.

Los verdaderos buenos artículos no son los que encierran dentro de sí todas las verdades, sino aquellos que no acaban con un punto y final, sino con un punto y principio.

Principio de leer más, de confrontar más y de dudar más.

Si he conseguido que la próxima vez, ante una duda de las planteadas en el texto, usted lo primero que haga es ir a su médico de familia a preguntarle, yo me doy por mucho más que satisfecho.

La que nos asemeja a los “ginecólogos expertos” y a mí, es que ninguno de los dos somos expertos. Expertos en estos temas en España habrá uno, o dos, o cinco, pero no todos los que se hacen llamar expertos.

Lo que nos diferencia es que ellos se consideran expertos, pero yo no. Básicamente porque no lo soy. Yo sólo estudio, leo y reflexiono, que es lo mismo que hacen ellos.

Para ser un verdadero experto hay que hacer esto, pero mucho más que esto.

La diferencia es que estos expertos (casi) siempre tienen unas opiniones que favorecen y avalan las tesis de la industria farmacéutica y que a veces perjudican al paciente y que a veces perjudican al sistema público de salud.

La diferencia entre ellos y yo es que ellos siempre “leen los mismos libros”. Los que les da la mano que luego les da de comer.

Como digo yo sólo me he dedicado a leer.

Las cosas que leído para hacer este trabajo son éstas.

Si se quiere hablar de Prevención Cuaternaria, esto es, de cómo evitar los daños que la medicina genera a los pacientes, hay que leer a Juan Gérvas.

Desde aquí www.equipocesca.org es una buena manera de empezar.

Introducción

http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/Imprimir_Public/FARMA_111157?idDoc=FARMA_111157

Planificación familiar

Esta guía de la SAMFYC es muy buena:

<http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/200901.pdf>

<http://udmfycsevilla.wordpress.com/2011/11/23/autocritica/>

Prevención de cáncer de cérvix, citologías, vacuna del papiloma humano

<http://es.scribd.com/doc/73926274/Mujeres-Y-Salud-22>

<http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/03/04/iii-salud-comunitaria-en-imagenes-por-carlos-alvarez-dardet/>

<http://www.equipocesca.org/noticias/razones-para-el-%E2%80%9Cno%E2%80%9D-o-para-la-moratoria-respecto-a-la-vacuna-contr-el-virus-del-papiloma-humano/>

<http://www.elpais.com/articulo/salud/Posible/moratoria/vacuna/papiloma/elpepisa/20071106elpepisa/8/Tes>

<http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/cancer-de-cuello-de-utero/>

<http://adibs-feminista.blogspot.com/>

<http://www.larepublica.es/spip.php?article9283>

Aunque no estoy de acuerdo en todo, aunque sí en casi todo, esta es la manera en la que se puede cambiar el mundo desde un pueblo del Perú, con un ordenador:

<http://www.larepublica.es/spip.php?article9283#forum49498>

Excelsa presentación de Vicente Baos: <http://www.slideshare.net/vbaosv/vacuna-vph>

Precioso este documento. Una paciente que escribe a Juan Gérvas pidiendo consejo sobre si vacunarse o no, y su respuesta. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/prevencion-mujer-mys-2009.pdf>

Osteoporosis

Este es el primer artículo que hay que leerse sobre osteoporosis

<http://es.scribd.com/doc/73929739/Jarvinen-2008-Osteoporosis>

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142391911485&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal

<http://farmacriticxs.blogspot.com/2010/12/docencia-de-la-decencia.html>

El Boletín Farmacoterapéutico de Navarra imprescindible, como siempre:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+17/BIT+17+4.htm

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+17/Bit+vol+17+n+5.htm

Leer a Rafa Bravo es imprescindible:

<http://www.slideshare.net/rafabravo/lectura-critica-de-articulos-mdicos>

<http://www.slideshare.net/rafabravo/2010-osteoporosis>

Acerca de lo que hay detrás de algunas guías oficiales:

<http://rafabravo.wordpress.com/2010/10/20/el-dia-de-la-bestia/>

<http://rafabravo.wordpress.com/category/osteoporosis/>

<http://rafabravo.wordpress.com/category/osteoporosis/page/2/>

Este bonito post cuenta como la industria farmacéutica infecta las publicaciones creando las suyas propias y haciéndolas pasar por independientes:

<http://rafabravo.wordpress.com/2009/05/08/me-lo-dices-o-me-lo-cuentas/>

Enrique Gavilán, otro imprescindible:

<http://egavilan.wordpress.com/2011/02/18/el-totem-sagrado-de-la-osteporosis/>

<http://egavilan.wordpress.com/2011/06/01/obsesion-por-la-densitometria/>

Y algunos otros más:

<http://gofiococido.blogspot.com/2009/04/calvas-duras-de-roer.html>

<http://www.hemosleido.es/?tag=aparato-locomotor>

<http://www.hemosleido.es/?p=291>

<http://www.hemosleido.es/?tag=bifosfonatos>

<http://rafabravo.wordpress.com/2010/08/14/el-calcio-asesino/>

<http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2010/10/14/nota-de-la-fda-posible-aumento-del-riesgo-de-fractura-de-femur-con-bifosfonatos/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107292>

<http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2010/02/12/953/>

<http://rafalafena.wordpress.com/2010/09/04/bifosfonatos-orales-y-riesgo-de-cancer-de-esofago/>

<http://borinot-mseguid.blogspot.com/search/label/osteoporosis>

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+11/BIT+11+2.htm

<http://www.nogracias.eu/2011/01/25/negros-y-articulos-cientificos/>

<http://es.scribd.com/doc/73952289/Etica-y-Encarnizamiento-Medico-Con-Las-Mujeres>

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/menopausia-terapia-hormonal/#15957>

ECOGRAFÍA GINECOILÓGICA

<http://www.iiss.es/gcs/gestion47.pdf>

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for ovarian cancer: recommendation statement. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2004.

Available

at: www.preventiveservices.ahrq.gov.

(2) Disponible en:

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/ovarian/HealthProfessional>

(3) Sato S, Yokoyama Y, Sakamoto T, Futagami M, Saito Y. Usefulness of mass screening for

ovarian carcinoma using transvaginal ultrasonography. *Cancer* 2000;89:582-8.

(4) Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound

screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS).

Lancet Oncol 2009;10:327-40.

CÁNCER DE MAMA

<http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/01/cancer-de-mama-y-cribado-mamografico.pdf>

<http://rafabravo.wordpress.com/2010/11/27/5950/>

<http://rafabravo.wordpress.com/category/cancer-de-mama/>

<http://rafabravo.wordpress.com/2011/04/13/una-de-numeros/>

<http://saludyotrascosasdecomer.blogspot.com/2010/10/prevencion-del-cancer-de-mama-las.html>

<http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/los-programas-de-prevencion-secundaria-del-cancer-de-mama-mediante-mamografia-el-punto-de-vista-del-medico-general/>

Teresa Queiro Pág 68

http://www.fundaciogrifols.org/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile_uuid_247811/cuaderno24.pdf

<http://cselcoto.wordpress.com/2011/03/13/beneficio-de-las-mamografias-a-debate/>

<http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/03/28/%c2%bfque-ocurre-con-la-mortalidad-en-los-programas-de-cribado-de-cancer-de-mama-g%c3%b8tzsche-strikes-again/>

<http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2011/11/29/ha-llegado-el-momento-de-parar-el-screening-del-cancer-de-mama/>

<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&lang=CAS&id=428>

Asimismo, han servido para generar tendencias en la elaboración del texto comentarios de Julio Bonis, Alfredo Zurita, Enrique Gavilán, Asunción Rosado, Rafa Cofiño, Félix Miguel, Noemi Amorós y Javier Padilla en la lista de distribución MEDFAM y en las redes sociales.

Hasta pronto.