

CARTAS AL DIRECTOR

No deben exceder de 20 líneas y se identificarán con el nombre, domicilio, DNI y teléfono del autor. La Voz de Galicia se reserva el derecho de extractar los textos. No se informará por escrito ni por teléfono sobre las cartas recibidas



DIRECCIÓN DE CORREO
Avenida da Prensa, 84 y 85
Sabón, 15143 Arteixo (A Coruña)



CORREO ELECTRÓNICO
cartasaldirector@lavoz.es



WEB
www.lavozdegalicia.es

¿A qué edad dejaremos de ser adultos?

Donald Trump, con sus 73 años, no es —socialmente— un anciano, pero tiene poder. La ancianidad no es un hecho biológico sino un hecho social. Aparece cuando uno queda desprovisto de poder, incluso de poder sobre sí mismo. De ahí la pregunta, ¿a qué edad dejamos de ser adultos para convertirnos en viejos, en ancianos? Ser viejo o anciano no es pertenecer a una subclase de adultos, sino algo muy distinto. Es empezar a pertenecer a un grupo humano cuyos miembros pueden ser tratados con condescendencia y han de ser protegidos contra sí mismos, contra su propia incapacidad. Se les puede llamar —cariñosamente, dicen— «abuelos» sin ser sus nietos; se les puede hacer monerías que nunca se harían a adultos, a quienes, simplemente, se respeta. ¿Merece la pena aceptar el cuidado a cambio de ser considerado incapaz? Biología y genéticamente no hemos cambiado en —al menos— treinta mil años, pero las condiciones de vida y la medicina han prolongado nuestra vida más allá de lo socialmente deseable y la lengua, crea-

ción social espontánea que nadie dirige, ha recogido el cambio y ha cargado las palabras «viejo» y «anciano» de connotaciones negativas: un mecanismo de autodefensa. Pero esos adjetivos no forman parte de terminologías, no nombran precisión en las fechas de los cambios de estado. La única fecha precisa es la de una convención legal, la de la mayoría de edad; todas las demás son variables. En pro de la seguridad jurídica debería crearse un nuevo límite convencional a la mayoría de edad y señalar con toda precisión a qué edad vuelve uno a ser menor de edad, a qué edad, empezamos a ser viejos o ancianos; a qué edad alguien que no nos conozca puede llamarnos «abuelo». **EDUARDO CID SÁNCHEZ . PONTEVEDRA.**

Desescalada

Si no fuera por lo trágico de la situación esta sería «marxista» (de los hermanos en el camarote, eh!)

Es que nuestras playas están listas y ya se podrían usar; pues sé de restaurantes donde ni se escucha al de la mesa de al lado. La provincia no vale, lo que vale es

el área sanitaria (que por cierto se redujeron en Galicia, en contra de sus usuarios y sanitarios). Es que con mi terraza al 30 % no me da. Es que si no pueden venir los de la provincia de al lado, para que voy a abrir el hotel. Es que en Os Peares andan liados porque son de 2 provincias (crucida lo tienen en Pellicería-Ancares, que la mitad es Asturias y la mitad Galicia). Es que la capacidad de los teatros la deberían regular cada ayuntamiento. Es que mi autonomía iría mejor si fuésemos a nuestro aire.

¿Que daño hace un ciudadano con su caña en la costa o saliendo a por setas? Todo esto lo dicen ciertos políticos y determinados responsables a la vez que los muertos por desgracia aún no se cuentan por cientos y los contagiados por miles. Creo que les podemos pagar unas buenas vacaciones, en sitios remotos y exóticos a nuestros sanitarios (tan machados), farmacéuticos, cajeras, y abrir puertas de par en par hasta que la cosa reviente de nuevo. Entonces nos acordaremos de ellos y volveremos a hablar de la desescalada. **XAN RAMÍREZ ARES.**

Tres estaciones

Durante el estado de alarma ya le han salido tres hojas nuevas a mi monstera deliciosa. Ella insiste en desplegar su frondosidad tropical en un proceso lento y mágico que observo cada día, fotograma a fotograma. El tallo de una hoja madura sirve de vientre para la nueva, que emerge en forma de pergamino y, a paso milimétrico, va desgarrando el tronco hasta alumbrar la lámina, que se va desenrollando hasta extender una hoja tierna, jugosa y tersa. La naturaleza sigue haciendo su magia, ignorando un virus que destruye vidas, tritura economías, reprime proyectos y rescinde derechos. Las estaciones fluyen a nuestras espaldas. El invierno se fue sin despedirse, la primavera entró sin apenas olor y el verano aún nos pillarán con algunas libertades en barbecho. Posiblemente el campo será el único refugio donde aún podremos encontrar restos de la antigua normalizado. **FLOR ROBLEDA**

Entre todos, podemos

Ahora que ya sabemos quién nos ha robado el mes de abril,

volvamos a ver si evitamos que nos robe también mayo, y lo que sería peor, el resto del año. Si todas las personas hacemos guardia, ponemos los medios contra el contagio podríamos alcanzar resultados, si no satisfactorios, al menos algo más tranquilizadores. Si todos a una nos aplicamos igual hasta lo conseguimos. Es realmente urgente salvarnos a nosotros mismos. No podemos esperar a que nos salven los políticos, simplemente porque no tienen la capacidad de hacerlo. Un país entero confinado en casa es muy vulnerable. En toda situación de debilidad hay oportunistas, incluso «depredadores», siempre atentos a sacar partido a costa de quien sea y de lo que sea. Así que debemos hacer el cien por cien del trabajo que dependa de nosotros. Hay que dejar y dar tiempo a los científicos, y ofrecer un respiro y margen de recuperación al personal sanitario, que ya tiene un hartazgo monumental. Están bien los aplausos, pero no les bastan para sobrellevar esta dura situación. Sigamos su ejemplo. Se lo debemos. **MARISÉ VILASUSO**

Pruebas que no prueban nada

EN LÍNEA

JAVIER MUÑOZ GARCÍA

Médico. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidade da Coruña y miembro de CIBERCV

Estos días, muchos amigos me preguntan por aspectos de interpretación de las pruebas diagnósticas del covid-19. Por supuesto, las diferentes pruebas diagnósticas de laboratorio del covid-19 (los famosos test) miden cosas diferentes (presencia de virus, desarrollo de anticuerpos...) y son de aplicación y mayor utilidad en diferentes momentos. No abundaré en este aspecto. Quiero traer aquí otro aspecto más general de cualquier prueba diagnóstica que, con frecuencia, no se tiene presente: las pruebas, pese a su nombre, no prueban nada; no son perfectas. Entonces, ¿para qué se hacen? Empezamos con una obviedad: para ayudarnos (en el diagnóstico, pronóstico...). Si es muy posible que confundan más de lo que ayudan, ¡no las haga! Los ejemplos en el día a día de la práctica clínica son innumerables y frecuente fuente de conflicto entre el médico (que sabe cuándo deben pedirse) y el paciente (que está convencido que siempre es necesaria).

Una prueba perfecta sería aquella que siempre detecta la enfermedad cuando se le hace a un paciente enfermo y nunca detecta enfermedad cuando se le hace a un sano. En breve: tal prueba perfecta no existe (excluimos las autopsias, y con salvedades).

Al resultado de la prueba le llamamos «positivo» cuando indica (teóricamente)

que la enfermedad está presente y «negativo» cuando no hay enfermedad. La realidad de cualquier prueba es que no detecta la enfermedad en algunos enfermos («falsos negativos» porque tienen la enfermedad y tendrían que haber dado positivo), y en otros pocos da positivo pese a que están sanos («falsos positivos»). Por tanto, cuanto mejor sea la prueba, menos son los falsos positivos y los falsos negativos que produce. La mala noticia es que cuando cambiamos la prueba para reducir unos, aumentan los otros y viceversa.

Para complicar un poco más las cosas, una misma prueba será más o menos útil dependiendo de a quién o en qué entorno se haga. Supongamos que se dispone de una prueba que detecta la enfermedad en 90 de cada 100 enfermos (sensibilidad = 90 %). Además, solo en 2 de cada 100 personas sanas dicha prueba sale erróneamente «positiva» (especificidad = 98 %). A priori, buena prueba. Pongamos que aplicamos dicho «test» a una población con pocos enfermos (por ejemplo, 10 de cada 10.000). En esta población detectaremos 9 verdaderos positivos (el 90 % de 10 enfermos), y por contra hallaremos casi 200 falsos positivos (un 2 % de los 9.990 sanos). Por tanto, vemos que si aplicamos la prueba a un grupo de personas en las que muy pocas tienen la enfermedad, corremos el riesgo de que los verdaderos positivos se «ahoguen» en un mar de falsos positivos. Así, sin otro dato y en esta población, un test positivo solo da una probabilidad de tener la enfermedad de un

4,3 %. Es decir, a pesar de dar «positivo» en la prueba, hay un 95,7 % de probabilidades de que la persona no presente la enfermedad.

Al aplicar la misma prueba en otra población con una probabilidad más alta de padecer la enfermedad, (por ejemplo 10 enfermos por cada 100 personas; tal vez personas de alguna edad en concreto, o con síntomas compatibles con la enfermedad), las cosas cambian. Ahora, un resultado «positivo» de la prueba supone mayor probabilidad de padecer la enfermedad, en concreto ¡83 %! Como norma general, cuanto mayor sea la probabilidad a priori de padecer la enfer-

medad, mayor es la probabilidad de que una prueba «positiva» indique en realidad la presencia de enfermedad. ¿Y quién conoce mejor la probabilidad a priori? Exacto, el médico.

Entonces, ¿para qué sirven? ¡Para mucho! Es necesario, sin embargo, tener siempre claro para qué se quieren y qué uso se le va a dar. Estas reflexiones son de aplicación para cualquier prueba diagnóstica en cualquier especialidad y dolencia, también en el de las enfermedades infecciosas. Pruebas con dife-

rentes propiedades pueden ser útiles en diferentes escenarios. Incluso una prueba puede ser poco útil a título individual pero serlo mucho de manera colectiva para guiar decisiones. Esto lo saben bien las autoridades sanitarias, pero las recomendaciones y decisiones que hacen al respecto no solo se nutren de ese conocimiento, sino también de consideraciones sobre la disponibilidad de esa prueba ideal para el fin que se desea en cada momento y la capacidad logística de realizarla en un sistema sanitario que no está diseñado con las holguras necesarias para responder a una situación como la actual (y probablemente no pueda estarlo) y que cuenta con una administración rígida a la que le cuesta cambiar su funcionamiento para agilizarlo en caso de necesidad manifiesta.

En definitiva, pese a la afirmación del título, las pruebas son muy útiles en manos expertas y, en esta epidemia, debemos confiar en el criterio de los expertos de salud pública. Esta imprescindible confianza de la población solo puede ganarse si hay por parte de las autoridades sanitarias una exposición transparente y clara de todas las circunstancias que modulan las decisiones que se toman en cada momento, aunque algunas produzcan rubor a quién las expone. La población española sabrá digerirlas y ayudar a su mejor puesta en práctica. Nos viene bien a todos.

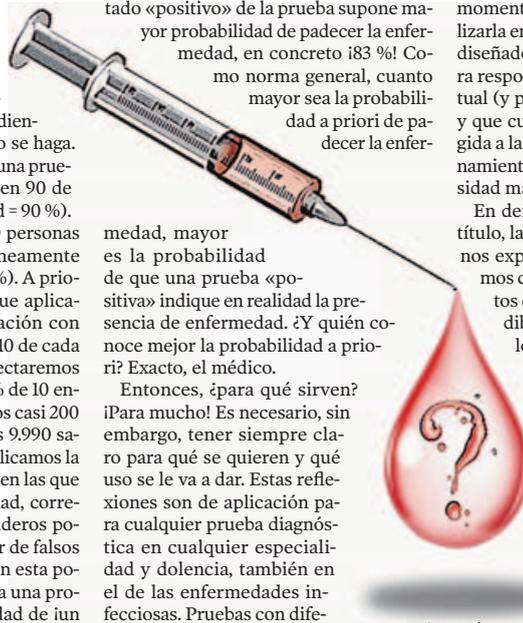


ILUSTRACIÓN MARÍA PEDREDA