

Control de salud "all inclusive"

GABRIELA V. CARRO

Servicio de Clínica Médica, Unidad de Pie Diabético, Hospital Nacional Prof. A. Posadas, Buenos Aires, Argentina

E-mail: gabivcarro@yahoo.com.ar

El rastreo de enfermedades (*screening*), consiste en la aplicación de una prueba con el objetivo de detectar una enfermedad en una persona asintomática, a fin de disminuir la morbilidad y/o mortalidad de dicha enfermedad gracias a una detección y tratamiento temprano^{1, 2}. Sin embargo, no todas las enfermedades deben rastrearse, ya que el diagnóstico temprano no siempre reduce la mortalidad y puede constituir un daño potencial que supera sus beneficios³.

Durante los últimos años, se ha popularizado un servicio llamado por algunos centros médicos "hospital de día" o "chequeo preventivo", en el cual el paciente concurre en cierto horario para realizarse "todos los estudios" anuales de prevención en pocas horas. Es decir, la persona llega a dicho centro y en forma consecutiva se realizan uno tras otro los estudios enumerados en la lista de este "chequeo preventivo", a todos por igual y sin haber sido evaluados previamente por algún médico que los indique. Aún más, en los centros más selectos se les entrega un *voucher* para desayunar en la confitería con medialunas incluidas (lo cual completa el "combo"). Y es así como los pacientes solicitan un turno con el médico clínico luego de este proceso con el fin de revisar todos los estudios que se hicieron como parte de este control de salud, quien se encuentra con una serie de exámenes que, en su mayoría, no tienen indicación como método de rastreo en ciertos grupos, tales como ergometrías computarizadas o ecografías de tiroides en personas de 25 años sin síntomas ni factores de riesgo.

Las indicaciones para la detección de enfermedades en pacientes asintomáticos, desde el examen físico hasta los estudios complementarios, están basadas en la evidencia de la reducción de la morbimortalidad en enfermedades cuya detección temprana mejora la calidad de vida (hipertensión, diabetes), tienen un periodo asintomático durante el cual la detección y el tratamiento reducen la morbimortalidad (cáncer de cuello uterino), el tratamiento en asintomáticos es más beneficioso que en sintomáticos (cáncer de mama), y cuando los estudios para detectar la enfermedad son efectivos y eficaces^{1, 2}. Fuera de estas patologías, en estudios recientes se ha cuestionado el valor de algunos controles de salud y se realizaron algunas revisiones en las cuales no se demostró que estas prácticas clínicas disminuyan la mortalidad^{2, 4}. En una revisión de Cochrane⁵ que incluyó 17 estudios, se concluyó que los controles de salud no demostraron beneficios para la reducción de mortalidad por cáncer ni eventos cardiovasculares. Sin embargo, su implementación ha demostrado asociarse al diagnóstico y tratamiento temprano de ciertas enfermedades crónicas, control de factores de riesgo, seguimiento de conductas saludables y mejoría de los reportes de calidad de vida manifestados por los pacientes^{1, 4}.

Sobrediagnóstico e incidentalomas

El rastreo indiscriminado a través múltiples estudios sin indicación puede ser dañino, provocando ciertas situaciones que alteran el bienestar y la salud de los pacientes^{3, 4}. Los daños

potenciales se relacionan al temor por enfermedades inexistentes, preocupación por controles innecesarios o incapacidad de desarrollar una vida plena porque el sistema los ha enfermado².

Los incidentalomas constituyen un hallazgo inesperado anormal durante un procedimiento diagnóstico realizado con otro propósito^{6, 7}. La mayoría de estos hallazgos corresponden a procesos benignos, en su mayoría encontrados en estudios de imágenes, de poca relevancia clínica, con lo cual las personas no se benefician de su detección. Un hallazgo inesperado puede conducir al pedido de estudios adicionales, muchas veces irracionales y excesivos, con el fin de clarificar la etiología.

Las razones relacionadas al pedido indiscriminado de estudios tienen que ver con la ansiedad del paciente y el miedo de los profesionales médicos a ser juzgados o criticados por no haber realizado el diagnóstico de una enfermedad, o inclusive a ser demandados legalmente por los pacientes por omitir la realización de estudios. Esto puede conducir a solicitar pruebas adicionales que a menudo no aportan claridad ni certeza diagnóstica, resultan incómodos o invasivos para el paciente y pueden aumentar la morbilidad e inclusive la mortalidad^{7, 8}.

El sobrediagnóstico se refiere al diagnóstico de una enfermedad que nunca hubiese causado síntomas ni la muerte de la persona⁸. Inclusive ante la detección de un proceso oncológico o vascular significativo (ej. aneurisma), esto puede no implicar una mejoría en la sobrevida o en la calidad de vida, ya que éste puede cursar en forma indolente y ni siquiera ser causa de morbilidad o muerte. Existen ciertas características de los incidentalomas que requieren realizar estudios adicionales, tales como el tamaño de la lesión, ciertas características radiológicas o de localización que se encuentran en la bibliografía y pueden guiar la realización de estudios adicionales en forma racional, pero su descripción excede los objetivos del presente editorial^{6, 7}.

¿Es más fácil recetar o resistir?

Muchos de quienes nos consultan para realizarse el "chequeo anual" son pacientes de primera vez en nuestro consultorio que aún no han entablado una relación médico-paciente basada en la confianza y seguridad, manifes-

tando querer realizarse un control completo con todos los estudios posibles para estar tranquilos ("ya que es tan alto el costo mensual de la prepa"). En ese caso, es importante intentar conocer las ideas previas y las expectativas que ellos tienen acerca de la solicitud que realizan, y explicarles con amabilidad y empatía cuáles son las indicaciones según la edad y sexo para realizar el control de salud. En algunos casos, existe miedo o preocupación porque un familiar ha tenido alguna enfermedad en particular y tal vez es conveniente "negociar" la realización de algún estudio poco invasivo que re-asegure al paciente y a su relación con el médico (ejemplo, ante un antecedente de cáncer de hígado en un familiar directo, acceder a una ecografía de abdomen), explicando el carácter no hereditario de dicha patología y desterrando la creencia popular que postula que descubriendo un cáncer tempranamente éste siempre se curará o que si alguien muere de cáncer es porque no fue detectado a tiempo, cuando ninguna de las situaciones es cierta⁹. Con el correr de las visitas posteriores y a medida que se refuerza la relación médico-paciente, este tipo de miedo puede ser disipado y permitirá manejar con racionalidad los exámenes de control de las consultas posteriores. Otros pacientes concurren directamente para cotejar los resultados de los estudios ya realizados en los mencionados "chequeos preventivos", desplegando carpetas con estudios de laboratorio, imágenes y variedad de ecografías. En ese caso, será menester del médico disimular su malestar, implorar que no aparezca ningún incidentaloma y continuar el seguimiento de dicho paciente de una forma más racional.

Por último, cabe mencionar el término "prevención cuaternaria", refiriéndose al conjunto de intervenciones que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria del intervencionismo médico, basado en el pensamiento crítico y en el análisis minucioso de la evidencia científica^{10, 11}. Realizar prevención cuaternaria implica resistir las modas dictadas por consensos, protocolos y guías prácticas que carecen del rigor científico correspondiente¹⁰, lo cual implica un esfuerzo más en la abultada tarea diaria del médico, en la cual muchas veces resulta más fácil recetar lo que el paciente

pide sin dar explicaciones que resistir y tener que justificar nuestras decisiones (con el tiempo y la dedicación que implica). La autora del presente editorial sostiene que este esfuerzo se justifica en pos de una práctica profesional responsable, transparente y en beneficio del paciente y el sistema de salud.

Conclusiones

1. El control general de salud en pacientes asintomáticos sin factores de riesgo o criterios de rastreo no ha demostrado disminuir la mortalidad de las personas.

2. Los estudios de rastreo son útiles en enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia), en ciertas enfermedades oncológicas (cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de cuello uterino y actualmente cáncer de pulmón) y el tamizaje de algunas condiciones (osteoporosis, entre otras).

3. Las enfermedades de transmisión sexual, la obesidad, el alcoholismo, el tabaquismo, la violencia familiar y la depresión pueden ser detectadas durante un control de salud.

4. Los estudios realizados en forma indiscriminada sin indicación aumentan el sobrediagnóstico y la detección de incidentalomas, pudiendo causar aumento de la morbimortalidad y otro tipo de daños en el paciente, así como un aumento de costos en salud.

Una buena relación médico-paciente basada en la confianza, construida sobre las bases de un profesional formado y que pueda disipar en forma racional las dudas de los pacientes, es el pilar fundamental de la medicina preventiva. En este contexto, el control de salud se asocia al diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades crónicas, control de factores de riesgo, promoción de conductas saludables y mejoría de la calidad de vida.

Bibliografía

1. Ciapponi A, Velazquez A. Prevención en la práctica clínica. En: Durante E, Rubinstein E, Carrete P, Zárata M, Barani N. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2da edición. 2006. Cap. 20. Pág. 177-95.
2. Risso A, Ruiz Yanzi M, Volij C, Alonso I. Origen y evolución del control de salud. *Evid Actual Pract Ambul* 2023; 25: e007049.
3. Agrest A. Prevención de enfermedades y medicina preventiva. *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 382-6.
4. Liss D, Uchida T, Wilkes C, Radakrishnan A, Linder J. General health checks in adult primary care: a review. *JAMA* 2021; 325: 2294-306.
5. Krogsboll L, Jorgensen K, Gotzsche P. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 1: CD009009.
6. Hitzeman N, Cotton E. Incidentalomas: initial management. *Am Fam Physician* 2014; 90:784-9.
7. Salamone F, Romero G, Terrasa S. Los hallazgos incidentales o incidentalomas. *Evid Act Pract Ambul* 2016; 19: 94-6.
8. Chojniak R. Incidentalomas: managing risks. *Radiol Bras* 2015; 48: IX-X.
9. Semeniuk G. La última persona sana. La vara de Esculapio y el caduceo de Mercurio. *Medicina (B Aires)* 2008; 68: 258-60.
10. De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.
11. Catalano HN. Prevención cuaternaria y el aporte de la lectura crítica de la bibliografía en medicina. *Medicina (B Aires)* 2014; 74: 82-8.