



MITOS Y VERDADES SOBRE PREVENCIÓN EN MEDICINA

ALCIDES A. GRECA

El camino del infierno está empedrado de buenas intenciones.

Proverbio popular

Introducción

Una primera mirada sobre la medicina preventiva nos haría reconocer en ella importantes beneficios. Lograr detener el desarrollo de enfermedades operando sobre los denominados factores de riesgo (prevención primaria), conseguir detectarlas antes de que se manifiesten clínicamente, poder evitar que se repitan una vez ocurrida su aparición (prevención secundaria) y limitar sus secuelas tardías (prevención terciaria), deberían traer aparejada una más prolongada y más feliz existencia a toda la población. Semejante objetivo debería ser en consecuencia, digno de que en él se invirtieran los mejores recursos económicos, intelectuales y políticos.

Dicho de esta manera, resulta evidente que este aserto no admite refutación. Sin embargo, una vez más la evidencia (entendido el término en el sentido castellano y no en el que deviene de la fallida traducción del inglés de *Evidence-Based Medicine*, en adelante *EBM*) resulta engañosa y a poco de reflexionar sobre el asunto, surgen una serie de enfoques diversos que hacen que la solidez del concepto comience a resquebrajarse.

El examen periódico de salud

Las diversas sociedades científicas, valiéndose de la poderosa influencia de los medios masivos de comunicación insisten en recomendar a la población, la visita al médico de manera periódica (digamos, por lo general, anualmente) con el fin de identificar factores de riesgo prevenibles y enfermedades en fase temprana de evolución (asintomáticas).

Este tipo de consulta, popularizada con la deno-

minación de chequeo (*check up*) en salud, tendrá en consecuencia, cuatro pilares básicos, a saber: a) *screening* (rastreo o cribaje) de patología aún no evidente, b) consejo médico, c) inmunizaciones, d) intervenciones terapéuticas.

En cuanto al primero de estos pilares, el *screening*, es importante destacar que la búsqueda de la enfermedad asintomática debe reunir algunas condiciones para que el procedimiento resulte con una adecuada relación costo-efectividad. La entidad a descubrir deberá, a) constituir un problema de salud relevante, en términos de morbilidad y mortalidad, b) tener una prevalencia e incidencia que la hagan una patología común en la población, c) disponer de un tratamiento accesible y aceptable en términos individuales y sociales, d) tener un método de rastreo seguro (sensible, específico, de buen valor predictivo). En síntesis, y teniendo siempre presentes los principios de la ética médica, el procedimiento a utilizar debe demostrar claramente un beneficio que supere su capacidad de producir daño (*primum non nocere*).

Las enunciaciones enumerativas tienen la particularidad de aparecer muy claras e incontestables, pero su traslado a la realidad clínica las hace con frecuencia mucho menos categóricas. En esta época de adhesión casi religiosa de la comunidad médica a la medicina basada en pruebas científicas (adecuada traducción de *EBM*, aunque por tradición hablaremos de ahora en más, de evidencia), los estudios a partir de los cuales, surgen las recomendaciones se categorizan como sigue:

EVIDENCIA	
I	Estudios randomizados
II.1	Estudios experimentales no randomizados
II.2	Estudios analíticos observacionales (cohortes, casos y controles)
II.3	Estudios descriptivos
III	Basada en opiniones de expertos de acuerdo a la experiencia clínica

Nótese que según esta grilla, la experiencia clínica, queda en último lugar en cuanto a su potencia para sostener una recomendación. Es así, que de acuerdo a lo

surgido de estos distintos niveles de evidencia, se postulan los siguientes grados:

A	Evidencia firme de efectividad para recomendar su inclusión en un paquete preventivo
B	Evidencia intermedia para recomendar su inclusión en un examen periódico de salud
C	Evidencia escasa, pero puede recomendarse basándose en otras consideraciones, en un examen periódico de salud
D	Evidencia escasa para recomendar su exclusión en un examen periódico de salud
E	Evidencia firme para su exclusión de un examen periódico de salud

Ahora bien, ¿cómo interpretar el peso estadístico de las recomendaciones que surgen de los más renombrados estudios clínicos? Tomemos el caso de la sobrevida en cáncer:

Las tasas de sobrevida (a 5 años, a 10 años) se expresan en términos porcentuales y a menudo, cifras muy impactantes pueden resultar engañosas. Así por ejemplo, la detección temprana de un carcinoma in situ de mama (que con frecuencia no evoluciona a enfermedad clínicamente significativa) o de un cáncer asintomático de próstata (que en la mayoría de los casos no tendrá relación alguna con la causa de muerte del paciente), suele conducir a la realización de estudios e intervenciones innecesarios, costosos y no pocas veces, peligrosos. Este sesgo de anticipación (*time-lead bias*), que significa lisa y llanamente, enterarse prematuramente de la presencia de entidades que no era necesario detectar con tanta urgencia ya que no tendrán incidencia real alguna en la sobrevida, se transforma así, en un elemento de iatrogenia. Vemos aquí como el conocimiento médico y la experiencia clínica son condiciones que tienen un peso intrínseco en la recomendación médica mucho más importante que el que le adjudican las grillas de evidencia.

En cuanto al consejo médico, nadie podrá discutir el enorme valor de recomendar enfáticamente el uso

sistemático del cinturón de seguridad a los automovilistas y de casco a los motociclistas como forma de evitar las muertes y lesiones graves por accidentes de tránsito. Tampoco admite crítica alguna aconsejar la utilización de preservativo en todas las relaciones sexuales no monogámicas, a fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual y ni que decir, recomendar el abandono del hábito de fumar, ofreciendo incluso asistencia farmacológica para conseguir este objetivo fundamental en la prevención de tantas y tan graves enfermedades.

Las recomendaciones dietéticas y de actividad física, con el fin de intentar reducir la enfermedad cardiovascular, la obesidad, la dislipidemia y la diabetes, clásicamente englobadas dentro de la denominación “modificaciones del estilo de vida”, tienen dentro de las indicaciones médicas, el más alto índice de fracaso. La falta de adhesión al tratamiento suele adscribirse habitualmente a la falta de responsabilidad del paciente en cuanto al cuidado de su propia salud y se proponen no pocas veces, estrategias disparatadas, persecutorias y estigmatizantes para intentar subsanarla. La “culpa” de los enfermos en cuanto a la demora en la consulta, a la no observación de recomendaciones o al abandono de tratamientos, es siempre el resultado del temor, la angustia, la depresión y

debe desterrarse la nefasta tendencia de los médicos de enrostrarla a los pacientes como justificación de una mala evolución de la enfermedad. Asimismo, es conveniente no olvidar que nadie es capaz de sostener por tiempo indefinido una conducta que no le ocasiona placer. Los seres humanos actuamos *ad libitum* y no tener esto en consideración es el principal factor de fracaso terapéutico. Va de suyo que para enterarnos de qué produce placer al enfermo y qué no es necesario dedicar algún tiempo a conocerlo y no limitarnos simplemente a conocer el síntoma o la preocupación que lo trajo a la consulta.

Las intervenciones con sentido profiláctico son otro punto que requiere prudencia. Administrar fármacos supuestamente preventivos (según los grandes ensayos clínicos), como estatinas, aspirina o antihipertensivos, a toda la población con el fin de reducir el impacto de la enfermedad cardiovascular puede constituir una práctica peligrosa si se trasladan las recomendaciones al paciente en forma automática y acrítica. Graves daños pueden presentarse si olvidamos que el ser humano que tenemos enfrente puede no encuadrar en la población del estudio que originó la indicación, o lo que es más importante, quizá hubiera sido excluido de tal estudio por no reunir las condiciones de selección o por tener contraindicaciones formales.

Lo mismo puede afirmarse acerca de las mastectomías preventivas en mujeres con alto riesgo genético de padecer cáncer de mama. Una discusión profunda con la paciente sobre los beneficios y los riesgos es esencial a fin de no provocar secuelas físicas y emocionales de muy difícil o imposible resolución futura.

Y por fin, la prevención cuaternaria

Es conveniente no perder de vista que: a) no existe intervención sanitaria desprovista de riesgos, b) no se justifica una intervención que no produzca una modificación del pronóstico, c) el riesgo del falso positivo puede tener consecuencias muy negativas en términos de iatrogenia física y psíquica, como así también en términos económicos sobre el costo de la salud de la población (cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias).

Es responsabilidad del médico resistir a los embates de la prensa, de internet y de las compañías farmacéuticas y saber poner un límite a la alarmante tendencia a la medicalización de la vida. Saber decir que no a una demanda de una práctica innecesaria o riesgosa es un componente fundamental de la buena medicina. Y cuando se trate de un procedimiento razonablemente justificado, el médico no deberá indicarlo sin haber respondido antes tres preguntas acerca de su paciente: a) ¿lo necesita? (¿la evidencia científica lo avala?), b) ¿puede hacerlo? (¿se trata de una intervención disponible y económicamente accesible?), c) ¿quiere hacerlo? (¿está dispuesto a asumir los riesgos del procedimiento?)

Se denomina prevención cuaternaria a la evitación de los efectos colaterales, a veces graves, del furor preventivo. Ni más ni menos que la buena práctica médica.

Alcides Greca

Profesor Titular

Primera Cátedra de Clínica Médica

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Rosario