

ACERCA DEL RASTREO Y CIERTAS “ VERDADES “ MÉDICAS

*“ Uno cree saber cuando sabe poco,
con el saber aumenta la duda “
(Goethe)*

En los últimos 20 años, la Prevención se ha convertido en la principal actividad de los Clínicos.

Durante una jornada típica, el Clínico dedica la mayor parte de su tiempo a manejar condiciones **asintomáticas** donde el objetivo primordial es la prevención de complicaciones o en el peor de los casos, la muerte.

Esta jerarquizada tarea preventiva puede desarrollarse en diversos escenarios como por ejemplo: Educación Sanitaria y para la Salud, Vacunas, promoción del Autoexamen, técnicas de Rastreo etc.

A este último, también llamado Tamizaje, Cribado o Screening (en su conocida versión sajona) se lo debe diferenciar en dos niveles muy distintos entre sí, a riesgo de cometer sino errores interpretativos y conceptuales de jerarquía :

- Rastreo masivo poblacional
- Rastreo individualizado en el contexto del Control Periódico en Salud (vulgarmente conocido como “ Chequeo “)

Ejemplo de esta necesaria distinción sería la aceptable consideración del pedido de una TC de tórax en un tabaquista de riesgo en el marco de una visita de control (debiéndose considerar sin embargo, desde una Ética de responsabilidad en el gasto, si corresponde que sea financiada por el propio paciente, su Obra Social/Prepaga o el Estado) versus el Rastreo masivo de toda una población de tabaquistas mediante TC de Tórax, aún de baja dosis (situación inimaginable e inadmisibles hoy en nuestro país, dadas otras prioridades).

Diferente contexto es el de la Consulta Diagnóstica, donde el paciente acude a la misma siendo portador de un síntoma o a demanda.

Bueno es repensar entonces, cuál es el accionar que los Médicos asumimos frente a una persona **asintomática** cuando se realizan técnicas de Rastreo en el ámbito de una consulta de control (*Journal of Medical Ethics* 1994;20:12-18) y nada mejor que “ dramatizar “ dicha situación.

La escena podría desarrollarse de la siguiente manera :

“ Alto, deténgase “

“ está Ud. sano? “ (la persona asintomática contestará que si)

“ está Ud. seguro? “ (nuestro interlocutor dudará....)

“ no se asuste “

“la Ciencia tiene una serie de procedimientos para devolverle esa confianza “

“ test que son exactos.....la mayoría de las veces “

“ pero.....que pueden originar otras intervenciones que son dolorosas “

“ y mas aún..... tener bajas tasas de éxito “

Este diálogo imaginario podría parecer ridículo o exagerado pero es tan sólo la sobreactuación de algo común y cotidiano, habida cuenta del extraordinario poder con que contamos los Médicos y que pocas veces somos realmente conciente de ello.

Poder que no nos es además exclusivo y que se reproduce en otras diadas culturales como Patrón-Empleado, Autoridad-Ciudadano, Género masculino-Género femenino etc., al punto que un autor ha definido la Bioética como “ el uso responsable del Poder en Medicina “.

Así podríamos intentar una definición de “ Screenitis “, neologismo que describe la situación antes referida :

*“ Trastorno maligno “ producido por la conducta irreflexiva tendiente a realizar tests o procedimientos en personas **asintomáticas** basados en supuestos, sin confirmación desde la Evidencia (o al menos controvertidos),no respetando los principios de beneficencia (claros beneficios) y/o no maleficencia (posibilidad de daño), en ocasiones sin consentimiento explícito del paciente y violando su autonomía “*

Porque entonces adoptamos diariamente tal actitud siendo tan fácil de cuestionar así expuesta?

Porque nos sentimos poseedores de verdades avaladas, inquebrantables y permanentes, de las cuales podríamos citar algunos ejemplos.

- *Siempre es “ mejor prevenir que curar “.*
- *La detección temprana siempre aumenta sobrevida y disminuye mortalidad*

Sin embargo, si examinamos la historia del conocimiento médico fácil es advertir cuan a menudo saberes supuestamente firmes han tenido que ser modificados por la Evidencia.

Sobran ejemplos de verdades de antaño que no han sido ciertas.

Basta citar la antigua contraindicación absoluta del uso de los beta-bloqueantes en la Insuficiencia Cardíaca Congestiva y el lugar que hoy ocupan en el tratamiento de la misma o más recientemente, los millones de prescripciones de Terapia Hormonal de Reemplazo en mujeres menopaúsicas y la supuesta prevención de Cardiopatía Coronaria o Alzheimer.

En base a lo sucintamente antes citado podríamos enunciar que :

*Evidencia.....es una
verdad operativamente hoy útil,
pero....eventualmente transitoria.*

A la luz de ello podríamos re-examinar y entonces cuestionar las “ verdades “ precedentemente expuestas.

El rastreo como técnica de Prevención, no siempre es mejor que curar.

- Puede provocar daño por iatrogenia, aún en caso de métodos avalados por la Evidencia (por ej la endoscopía colónica, de gran valor en la detección y resección de pólipos avanzados de cólon para la profilaxis de

Cáncer colónico, puede provocar hemorragias severas en uno de cada mil y perforación del colon en uno de dos mil quinientos pacientes)

- Puede provocar ansiedad frente a un resultado anormal o dudoso
- Puede provocar distracción de costos de otras prácticas mayormente avaladas con aumento innecesario del gasto, es decir distrae recursos de otros esfuerzos basados en estándares de buena práctica clínica
- Puede provocar Sobrediagnóstico de patologías inexistentes o que no podrían en riesgo la vida del paciente.

Esta eventualidad, junto a la tendiente medicalización de la vida cotidiana, constituyen problemas de creciente preocupación en la comunidad médica internacional.

Cualquier técnica de Rastreo busca aumentar el número de enfermedades diagnosticadas en etapa temprana y aumentar la sobrevida, pero el fin último “ de oro “ debe ser siempre la disminución de la mortalidad debido a esa patología.

El Rastreo no siempre aumenta la sobrevida ya que frecuentemente se computa a la misma el tiempo en que la entidad habría permanecido en etapa preclínica o presintomática (denominado “ sesgo de anticipación diagnóstica “) y además, no siempre disminuye la mortalidad.

Ejemplo palmario de lo aludido lo constituye el cribado del Cáncer de Próstata mediante el dosaje del Antígeno Prostático Específico (PSA, en la literatura de habla inglesa). El mismo se utilizó inicialmente para el diagnóstico de recaída en pacientes sometidos a terapia radical oncológica por neoplasia prostática. Posteriormente pasó a utilizarse para el Rastreo masivo.

Muchos problemas y controversias trajó dicha modalidad hasta que trabajos recientes y la directiva de la Fuerza de Tareas de los Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) desaconsejó su prescripción rutinaria.

Así sería dable pensar que tal dosaje y el rastreo consiguiente vuelve a ser patrimonio del especialista Urólogo (no de cualquiera, sino del profesional cauteloso y con adecuado conocimiento del tema y sus limitaciones), siempre que se trabaje en Instituciones de fácil interconsulta o en Servicios en Red.

Muchas técnicas de Rastreo entonces (siempre que se disponga de adecuados marcos sanitarios), deberían ser parte del Control en Salud individualizado y bajo el lema :

“ un mismo talle no sirve para todos...”

Para finalizar es importante recordar que el Rastreo significa avanzar sobre una persona (no un paciente) en condiciones **asintomáticas**, y por tanto requiere siempre de prudencia, respeto y sobre todo, conducta ética.

Prof. Dr. Jorge A. Manera
Jefe de Servicio Clínica Médica
Sanatorio Británico – Rosario – Argentina
Ex Presidente Asociación Medicina Interna de Rosario (AMIR)