



SATÉLITE

Chequeos y revisiones

Luz Martín Rodríguez. Médica Interna Residente, segundo año; Medicina Familiar y Comunitaria. Tenerife.
José Luís Beltrán Brotóns. Médico de Familia. Elche, Alicante.

Citar como: Martín Rodríguez L, Beltrán Brotóns JL. Chequeos y revisiones. fml. 2019; 24(3):4p

Palabras clave (Mesh): Diagnostic tests, routine. Risk factors. Cardiovascular disease.

Resumen

El chequeo es una práctica extendida en nuestras consultas de Atención Primaria, sin evidencia científica actual que lo avale. Los reconocimientos médicos generales se realizan de manera rutinaria en trabajadores sanos por parte de las mutuas y tras los hallazgos en las pruebas complementarias solicitadas, no es infrecuente que pasen a ser enfermos crónicos, con la consiguiente merma en la calidad de vida, impacto psicológico y medicación permanente. La prevención cuaternaria busca erradicar este tipo de prácticas y para realizarla tenemos que manejar en consulta dos elementos: tiempo e incertidumbre, lo que dificulta nuestra labor.

Abstract

Check-ups are common medical practice in our Primary Care consultations, with no scientific evidence available. General medical reviews are habitually carried out in healthy workers by mutual insurance companies. Those bring after additional tests not infrequent results of chronic disease, decreasing the quality of life of patients, with high psychological impact and permanent medication. Quaternary prevention tries to eradicate this kind of practice but to do it well we need besides the management in our consultation of both time and uncertainty, which makes our work harder.

Caso-situación 1

“Los trabajadores de la fábrica de Opel en Figueruelas (Zaragoza, España) tienen una revisión anual. Uno de ellos, Juan, de 55 años, acude a su médico de cabecera porque le han encontrado la tensión alta, el colesterol “por las nubes” y “lo de la próstata” elevado: “La tensión imposible, de 15/9, y vea aquí las estrellitas: 220 el colesterol y 4,1 el PSA. Necesito medicación y seguramente más pruebas, ahí lo pone” dice mientras deja con preocupación el informe sobre la mesa”.

1. ¿QUIÉN ES JUAN? ¿ES UN CONJUNTO DE “ENFERMEDADES” O ES UNA PERSONA CON SU CONTEXTO?

Para entender mejor a Juan, qué mejor que informarnos un poco de cómo es el día a día que vive en su trabajo:

La fábrica de Opel en Figueruelas, Zaragoza, vivió en enero del pasado año una protesta de casi la totalidad de trabajadores. El motivo: el despido de 170 empleados al llevarse la producción de uno de los modelos de coche de la factoría, la propuesta de rebaja salarial y la reducción del tiempo de descanso y festivos y aumento de fines de semana trabajados en un intento de la dirección por aumentar la competitividad de la planta. Tras duras negociaciones se llegó a un plan de 5 años de vigencia consistente en la congelación de salarios en 2018, aumento del sueldo a partir 2019, contratación de 170 empleados temporales y uso de la planta a plena capacidad trayendo de nuevo la producción del modelo de coche que condicionaba la mitad de la carga de trabajo. El presidente aragonés respiró tranquilo entonces: la economía dependiente de la automoción en Zaragoza estaba salvada. Juan probablemente respiró también mejor...

Quizá la tensión arterial le baje una vez resueltos los conflictos laborales que le acechan, quizá no poderse llevar ese bocadillo de queso manchego al descanso del trabajo por miedo a que le suba el colesterol le hará más infeliz, quizá una biopsia de próstata innecesaria le causará como poco ansiedad y dolor y será un frente más de preocupación.

2. ¿PODRÍAMOS HABER LLEGADO ANTES? ¿HABRÍAMOS PEDIDO NOSOTROS A JUAN ESE CHEQUEO?

a. Aunque los riesgos y beneficios del tratamiento de la hipertensión arterial se han estudiado, el cribado en gente asintomática no. Desconocemos si los chequeos producen beneficio, lo que sí sabemos es que las intervenciones médicas tienen sus riesgos, entre los que destacan el sobrediagnóstico, sobretratamiento, estrés y daño por el empleo de tests invasivos, falsos positivos, falso consuelo por falsos negativos, impacto psicológico ante un ‘etiquetado’ en una patología...

b. La intervención individual en múltiples factores de riesgo de enfermedad coronaria tiene eficacia poblacional, no individual. Un factor de riesgo no es necesario ni suficiente para desarrollar enfermedad, es una asociación estadística y por supuesto no es sinónimo de patología. Un ejemplo de la transformación de factor de riesgo en enfermedad es la hipertensión arterial, como la que le han diagnosticado a Juan y que le abocará a un ritual costosísimo el resto de su vida de tratamientos, citas, chequeos y preocupaciones en la esperanza de evitar una improbable enfermedad futura. Un hallazgo de hipertensión aislada (que ni siquiera sabemos aún si Juan tiene) en un paciente que no “padece” de nada más es bastante similar a ser normotenso. Ya lo decía el Dr. Hart, que enunció también la ley de cuidados inversos: “el error más frecuente en el tratamiento de la hipertensión es tratar a pacientes que no son hipertensos”.

c. Los chequeos plantean el problema ético de la sobre-responsabilización sobre la salud del individuo (sentimientos de culpa, preocupación innecesaria). Al final con una agresiva promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad todos terminamos con una colección de citas y recitas con médico, enfermera y especialista, análisis, pruebas varias y medicados de por vida.

d. Las guías que ayudan a decidir quién se puede beneficiar de las estatinas tienen un sesgo hacia la sobreprescripción porque las elaboran cardiólogos y no médicos de Atención Primaria, quienes ven a gente

saludable con riesgos mucho menores de media y por el carácter longitudinal de su atención son capaces de reconocer los efectos secundarios a más largo plazo. Tendremos que descontar mentalmente, por defecto, al interpretar resultados y recomendaciones, el sesgo atribuible al mercado.

e. Cribado de cáncer de próstata en pacientes asintomáticos: inútil, sigue siéndolo. Un cribado primario evita una de mil muertes por cáncer prostático, sin incidencia sobre la mortalidad global. Tras la intervención menos de un 4% saca beneficio de la cirugía o radioterapia, pues ésta no habría modificado el curso de la enfermedad en el resto de los casos.

f. La atención sanitaria a la enfermedad profesional y el accidente laboral no está integrada en el Sistema Nacional de Salud y persiste fuera de su marco de actuación bajo responsabilidad de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Las mutuas son entidades privadas formadas por la asociación voluntaria de empresarios sin ánimo de lucro, autorizadas y tuteladas por el Ministerio de Empleo que colaboran con la Seguridad Social, pero que manejan dinero público cuyo destino no siempre está justificado. Por tanto, se trata de una auténtica privatización de la salud.

3. ¿HACIA DÓNDE REMAMOS? ¿TENEMOS QUE PROTEGER A NUESTROS PACIENTES DE NOSOTROS MISMOS?

Prevención cuaternaria: trata de evitar las consecuencias de una actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario y es inherente a la seguridad del paciente. El camino a recorrer es arduo, pues obliga a resistir ante consensos, protocolos y guías sin fundamento científico, ante la liga profesional- farmacéutica, ante la medicina defensiva y la tentación de tratar síntomas frente a esperar y ver. También puede conllevar procesos judiciales, por ejemplo, si desaconsejamos a Juan que tome estatinas y a los dos meses padece un infarto y nos demanda. La dificultad estriba en practicar la ética de la negativa, con la desmesurada demanda actual para iniciar cascadas diagnósticas y preventivas innecesarias. Y no es fácil

democratizar la ciencia. Hay poco que hacer contra la asunción de los deseos de nuestro mecánico de tomar fármacos que no necesita si practicamos una medicina basada en el temor a los jueces y no en el amor al paciente...

Conclusiones

Los chequeos anuales de las mutuas en pacientes asintomáticos son inútiles y en ocasiones, incluso perjudiciales. Las mutuas usan la revisión anual como sinónimo de prevención, generando visitas superfluas a nuestras consultas.

El contrato preventivo exige enorme seguridad en la obtención de beneficios minimizando perjuicios, aceptando muchos menos daños que el contrato curativo.

Para explicar al paciente por qué no es necesario que se realice pruebas complementarias y por qué no tiene que tomar medicación necesitamos tiempo y una sólida relación médico-paciente.

La prevención cuaternaria no es la redención de los vicios de la práctica clínica, ni un modelo de refundación de la medicina de profesionales descontentos con el actual sistema, sino una alternativa que busca minimizar los riesgos y dotar de la máxima calidad a nuestra asistencia sanitaria.

Bibliografía

1. Torben J, Jacobsen RK, et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ* 2014; 348: g3617.
2. Piper MA, Evans CV, et al. Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Dec. Report No.: 13-05194-EF-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269495/> [acceso 25 de junio de 2019].
3. Yebyo HG, Aschmann HE, Puhon MA. Finding the Balance Between Benefits and Harms When Using Statins for Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Modeling Study. *Ann Intern Med.* 2019; 170 (1): 1-10.

. Collins DRJ, Tompson AC, Onakpoya IJ, et al. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2017. 7 (3): e013650..

5. US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018; 319 (18): 1901-1913.

6. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). 3ª ed. Barcelona: Sin fronteras, 2013.