



Módulo N°3: **Salud de las Personas Adultas**

Clase: **Actualización y controversias en rastreos. Prevención Cuaternaria**

Introducción

Los programas de cribado o tamizaje son actividades incluidas en el nivel secundario de prevención y se aplican de forma masiva y sistemática en población sana asintomática. Su objetivo es reducir la morbilidad y fundamentalmente la mortalidad de una enfermedad mediante la aplicación de algún tipo de intervención en etapa pre-sintomática, desde una perspectiva de disminución de riesgos (1). Por ejemplo, tomemos el riesgo de enfermar y morir por Cáncer de Cuello Uterino (CCU) en 100.000 mujeres sexualmente activas. De éstas, sólo 30 desarrollarán cáncer, y aproximadamente 14 (poco menos del 50%) morirán. Si rastreamos a esas 100.000 mujeres entre los 25 y los 64 años con Papanicolau cada 3 años luego de dos pruebas anuales consecutivas normales, podremos reducir hasta el 60% de esa mortalidad, es decir, morirían sólo 6 (2). Sin embargo, esas 6 mujeres que fallecieron, se realizaron dos PAPs anuales consecutivos, los cuales fueron normales, y luego uno cada tres años, todos normales también. A pesar de ello, no obtuvieron ningún beneficio del rastreo poblacional de CCU con Pap. Además, el número de mujeres que son derivadas para colposcopia y biopsia es de aproximadamente 6-10% de la población rastreada. De ese número, sólo el 20-35% tiene una enfermedad que requiere tratamiento (3,4). El resto, (entre 1200 y 3500 de las 100.000 mujeres iniciales) no sólo no se habrá beneficiado del rastreo, sino que habrán recibido daños: conizaciones innecesarias, pérdida de tiempo en consultas, pérdida de ingresos por ausentismo laboral, y la angustia que conlleva someterse a la espera de un diagnóstico de cáncer, entre otros como dolor y sangrado luego de la conización (5-7). Lo mismo ocurre con todos los demás rastreos.

Por lo tanto, para hablar en términos científicamente correctos, se debe hablar de *probables beneficios* y *probables daños*, los cuales deberemos poner en la balanza a la hora de recomendar intervenciones a nuestros pacientes.



Criterios de rastreo

Según D'Souza el origen de los "chequeos preventivos" ocurrió en un burdel del Estado Papal de Avignon en 1347, cuando la abadesa y el cirujano local, cada sábado examinaban a las mujeres y si las encontraban enfermas como producto de su actividad eran separadas y no se les permitía prostituirse (8). Esto ilustra la función de policía sanitaria de la Medicina, y la orientación hacia el lucro de la misma: la acción de la abadesa y el cirujano no era cuidar de las mujeres, sino evitar que se propaguen las infecciones de transmisión sexual para mantener a los hombres sanos para la guerra y el trabajo (8).

Sin embargo, el método elegido por el cirujano puede no haber sido el mejor (aunque seguramente el mejor disponible en la época). Según los criterios de Frame y Carlson¹ (9), para el rastreo de enfermedades respecto a la condición a prevenir, esta debe ser:

- Una causa común de morbimortalidad.
- Detectable y tratable en la etapa pre-sintomática.
- Los tests para diagnosticarla deben ser efectivos y eficaces.
- El tratamiento temprano debe ser mejor que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual.
- El daño potencial de la intervención debe ser menor que el del tratamiento no precoz.

Toda aquella enfermedad que no cumpla con los criterios no debería ser rastreada.

Pensemos por un momento en dos rastreos que vemos en la práctica diaria: metabopatías neonatales, que presenta baja prevalencia pero alta morbilidad, y métodos de diagnóstico aceptables, baratos y efectivos; mientras que por el otro lado la displasia congénita de cadera es rastreada con métodos poco sensibles, y no se conoce con exactitud la efectividad de los tratamientos. En algunos casos, ni se conoce bien la fisiopatología de las enfermedades a

¹ Wilson & Jungner desarrollaron en 1968 una serie de criterios más amplia, para la Organización Mundial de la Salud. Pueden encontrarlos en la bibliografía no obligatoria como Anexo I.



rastrear, como sugieren Zahl y cols. respecto del cáncer de mama (10). Esto presenta desafíos éticos que es crucial tomar en cuenta a la hora de ofrecer estas intervenciones.

Riesgo e Historia Natural de la Enfermedad

Como decíamos antes, estas intervenciones están basadas en el enfoque de reducción de riesgos, por lo cual es importante tener en cuenta algunas cuestiones básicas acerca de las limitaciones del mismo. El riesgo en Epidemiología es sinónimo de predicción, puesto que expresa la probabilidad de ocurrencia de un evento determinado, que puede ser cuantificable y extrapolable no sólo en el tiempo sino en distintas poblaciones siempre que se mantengan inmutables las características del objeto riesgo, así como sus interrelaciones con el medio circundante (11). Esta definición supone la estabilidad de sus efectos y la homogeneidad de la naturaleza de la morbilidad, lo que justifica las propuestas preventivistas. Sin embargo, la estabilidad de las condiciones que hacen posible el objeto riesgo es prácticamente utópica, puesto que no es posible que esto ocurra en distintas poblaciones a menos que se asuma la distribución aleatoria de todas las características, la mayoría desconocidas incluso en la población original.

Además, el riesgo es un concepto eminentemente poblacional y no extrapolable al nivel individual (11). El evento que se pretende prevenir a nivel individual tiene una ocurrencia condicional, o sea ocurre o no ocurre, varía de cero a uno, y no puede ser cuantificado como en el caso del riesgo, el cual puede estar presente en el 45% de la población estudiada pero no puede identificar a los individuos en los cuales está presente. Dicho de otro modo, nadie puede tener un 45% de riesgo, se padece o no se padece el evento. Sin embargo, el riesgo tiene una existencia virtual y omnipresente, pues al ser poblacional y no extrapolable a nivel individual, toda la población objetivo de la intervención está "en riesgo", lo cual también significa que *todos estamos pre-enfermos*.

La estabilidad de las condiciones que hacen posible el objeto riesgo, utópica, está basada por la teoría de la Historia Natural de la Enfermedad, propuesta por Leavell y Clark en 1958 (12). En ese esquema, la interrelación entre la producción de la enfermedad, el ambiente y el sujeto es idéntica



para toda la población susceptible (en riesgo), lo cual se contrapone con la Determinación Social de la Salud. Que más del 90% de las mujeres muertas por CCU en todo el mundo sean pobres no es un hecho natural, lo que echa por tierra el concepto de Leavell y Clark y complejiza aún más el abordaje preventivista.

Riesgo y Determinación Social de la Enfermedad

En contraposición a la utópica distribución de los factores de riesgo de la Historia Natural de la Enfermedad, Mario Rovere menciona una triple inequidad como causa de la desigualdad de los perfiles de salud-enfermedad de las poblaciones (13):

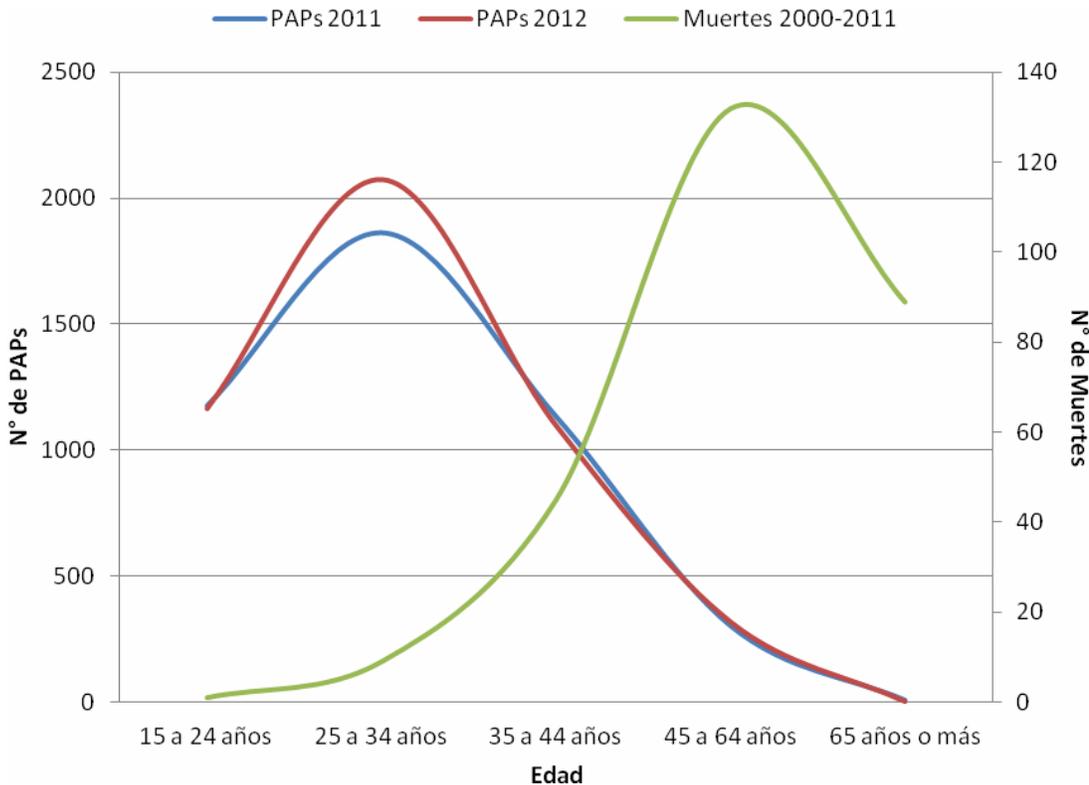
- Una primera inequidad vinculada al **acceso desigual a la atención en salud**, que fuera conceptualizada por Julian Tudor Hart en 1971 como Ley de los Cuidados Inversos (14): *"el acceso a la atención médica de calidad tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida"*. Respecto a esto, el trabajo de Leon Moreano y Calli realizado en una muestra de mujeres tucumanas halló que presentan más chances de no realizarse PAP las mujeres con Necesidades Básicas Insatisfechas, sin instrucción y sin cobertura de salud (15) (ver Gráfico 1).
- Una segunda inequidad, que refiere a la **desigual distribución de riesgos**, puesto que en un ideal de justicia la probabilidad de enfermar, morir o discapacitarse por causas prevenibles debería ser la misma en toda la población. Analizando datos secundarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Martínez y Guevel hallaron que el riesgo de morir por CCU aumenta a medida que empeoran las condiciones socioeconómicas (16). Agregado a los datos de Leon Moreano y Calli, las mujeres que mayor riesgo presentan de morir son las que menos acceden a la intervención preventiva. Esto evidencia una diferencia prevenible y por lo tanto, injusta.
- Una tercera inequidad, vinculada a la desigual **distribución del saber y del poder**. Estos conceptos se retroalimentan, pues la información (el saber) permite tomar decisiones (ejercer el poder) sobre el propio cuerpo, la propia vida, la propia muerte, las condiciones materiales de vida, etc. Este saber y este poder en el modelo tradicional de la Medicina han quedado



centralizados en los profesionales, quienes toman decisiones por quienes son excluidos sistemáticamente de la posibilidad de hacerlo por sí mismos.

Como ejemplo de este "juego de equidades", el siguiente gráfico ilustra en su eje principal los PAPs realizados en los servicios públicos de salud de Bahía Blanca en los años 2011 (N=4482) y 2012 (N=4658), y en su eje secundario las muertes por CCU entre 2000 y 2011 (N=276) (ver Gráfico 1). Podemos apreciar una concentración de rastreos en las mujeres jóvenes, las cuales que tienen el menor riesgo de mortalidad.

Gráfico 1. PAPs y Muertes por grupo etáreo en Bahía Blanca.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud y del Registro de Tumores de Bahía Blanca.



Rovere plantea que el derecho a la salud está íntimamente ligado al de equidad, y que para asegurarlo deben ser abordadas estas tres inequidades simultáneamente. Como acabamos de ejemplificar con el rastreo del CCU, existen múltiples procesos que determinan una injusta mortalidad diferencial por ésta causa. Si a esto sumamos el hecho de que, como mencionáramos al principio, entre 1200 y 3500 de cada 100.000 mujeres apropiadamente rastreadas no sólo no se benefician de la intervención sino que hasta sufren daños provocados por la misma, la ecuación termina resultando en que por cada mujer que se beneficia del rastreo con PAP para CCU, entre 150 y 437 sólo reciben daños. Así considerada, la situación se vuelve aún más compleja: hay daños por desatención y daños por excesiva atención. La cuestión es ¿cómo lograr el equilibrio?
¿Cómo construir una práctica ética?

Primum non nocere (Primero no dañar)

El desbalance entre probables daños y probables beneficios, causado por la excesiva medicalización, ha llevado a que en algunos países la propia actividad del sistema sanitario sea una importante causa de morbimortalidad. El rastreo de cáncer de próstata con PSA ha resultado en cientos de miles de hombres de mediana edad con importantes secuelas causadas por la prostatectomía radical, la cual no tiene efecto alguno sobre la mortalidad (17). Esta es una práctica desaconsejada por varias organizaciones, entre ellas las fuerzas de tareas sobre servicios preventivos de Estados Unidos (USPSTF) y Canadá (CTF).

El desafío entonces, es el de identificar a las personas que se beneficiarían de una intervención médica, y construir un campo común de saberes donde se incorporen sus deseos y decisiones a fin de protegerlos de daños evitables. Este enfoque, que no se limita sólo a las acciones preventivas, ha sido acuñado como "Prevención Cuaternaria (P4)" por Marc Jamouille, un médico belga, en 1986 (18). Esta se define como:

"Acciones o medidas adoptadas para identificar a un paciente en riesgo de medicalización excesiva, para protegerlo de nuevas intervenciones invasivas médicas, y sugerir intervenciones éticamente aceptables."



Está basada en tres principios éticos: el de Autonomía, el de Beneficencia, y sobre todo el de No Maleficiencia (*primum non nocere* = primero no dañar). Como dice Pizzanelli (1), la P4:

"[...] permite considerar las creencias, inquietudes, opciones particulares y propias de cada individuo, haciendo posible una dimensión humana en la prevención. Promueve que cada persona participe de acuerdo a su situación, sus características y dones, en la toma de decisiones vinculadas a su dimensión de salud."

Para eso, es imprescindible que cada sujeto asuma la responsabilidad que le corresponde. No es éticamente aceptable que desconozcamos las recomendaciones de los rastreos, así como tampoco es aceptable que decidamos por nuestros pacientes o no contextualicemos las intervenciones. Realizar con PAP a una mujer de 19 años porque inició relaciones sexuales se parece más a una práctica policial que a una intervención fundada en ciencia sólida. Una mujer de 50 años cuyo problema es el duelo por la muerte de un hijo, seguramente tendrá otras prioridades antes que realizarse una mamografía, un papanicolau y una colonoscopia. Así, cada intervención asentará sobre el trípode de esos tres principios éticos que nombráramos más arriba: Autonomía (que el paciente elija), Beneficencia (que haya evidencia de que la intervención aporta bienestar), y No Maleficiencia (que reduzcamos los daños al mínimo y que estos no superen los probables beneficios). Una práctica preventiva pensada de esta manera nos asegura estar corriendo el eje desde la enfermedad hacia los sujetos, desde el enfoque biologicista hacia el relacional, y desde la reducción de riesgos hacia el aumento de la salud.

Objetivos:

- Analizar las implicancias éticas del sobrediagnóstico y el sobretratamiento.
- Reconocer herramientas y estrategias para la actualización permanente.
- Actualizar las recomendaciones de rastreos preventivos en Argentina.

Contenidos:



Concepto de riesgo. Criterios de rastreo. Prevención cuaternaria. Rastros recomendados en la población argentina.

Bibliografía

Obligatoria:

- Pizzanelli M. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. Rev Bras Med Fam Comunit. 2015;10(35): 1-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1068](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1068).
- Gérvas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF 2012;8(6):312-317.
- Acuerdo intersocietario. Recomendaciones de prácticas preventivas para el adulto. Buenos Aires: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; 2016.
- Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Capítulo 2: Cuidados preventivos del adulto. Buenos Aires; 2017.

Optativa:

- Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires; 2017.
- Gualdrini U, Iummatto LE, Bidart ML. Guía para equipos de atención primaria de la salud: información para la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino. Buenos Aires; 2014.
- Ministerio de Salud de la Nación. El cáncer en 8 palabras. Guía abreviada para Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2015.
- Anexo I. Criterios de Wilson y Jungner. Elaboración propia, 2017.



Agenda de trabajo:

Disponemos de dos (2) semanas para el desarrollo de las actividades de esta clase. Les solicitamos que verifique los tiempos en la **hoja de ruta** disponible en el entorno virtual.



Actividad: Foro de Intercambio

Revisar una HC de una persona adulta (sin límite de edad, puede ser HC de embarazada también). En la misma:

1. Identificar al menos un rastreo que no fue recomendado y reflexionar sobre la probable causa.
2. Seleccionar un rastreo realizado y analizar la evidencia que lo sustenta, mencionando el Grado de Recomendación.

➤ Fuentes recomendadas:

- Bibliografía pública nacional (Guías de Práctica Clínica de MSAL)
- <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
- <https://canadiantaskforce.ca/>
- <http://papps.es/>

Respecto de las prácticas preventivas registradas, ¿considera Ud. que ha sido respetado el enfoque de Prevención Cuaternaria? ¿Por qué?

Nos encontramos en el Foro de Intercambio para trabajar esta propuesta.

Buen Trabajo!



Referencias

1. Pizzanelli M. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35): 1-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1068](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1068).
2. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008 Aug 19;26 Suppl 11:L37-48. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.06.013.
3. Wentzensen NZR. Accuracy of cervical specimens obtained for biomarker studies in women with CIN3. *Gynecol Oncol* 2009;115(3):493–6.
4. Smith, M. A long-term study of women with normal colposcopy after referral with low-grade cytological abnormalities. *BJOG* 2006;113(11):1321–8.
5. French D, Maisis E, Marteau T. Psychological costs of inadequate cervical smear test results. *Br J Cancer* 2004;91(11):1887–92.
6. Sharp L et al. After-effects reported by women following colposcopy, cervical biopsies and LLETZ: results from the TOMBOLA trial. *BJOG* 2009;116(11): 1506–14.
7. Cotton S, Sharp L, Cochran C. Aftereffects reported by women having follow-up cervical cytology tests in primary care: a cohort study within the TOMBOLA trial. *Br J Gen Pract* 2011;61:333–9.
8. D'Souza MF. Early diagnosis and multiphasic screening. En Bennett, AE (ed). *Recent advances in community medicine*. London: Churchill; 1978.
9. Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. *J FamPract*. 1975; 2(1):29–36.
10. Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol*. 2011 Nov;12(12):1118-24. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70250-9.
11. Almeida Filho N, Castiel LD, Ayres R. Riesgo, concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva* 2009;5(3):323-344.
12. Leavell HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. 2^{da} ed. Nueva York: McGraw Hill; 1958.



13. Rovere, M. Atención Primaria de la Salud resignificada en la red de servicios. En: Rovere M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.
14. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.
15. Leon Moreano S, Calli R. Factores relacionados con el examen de Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Argentina, 2009-2010. *Rev Argent Salud Pública*, 2013; 4(15):20-25.
16. Martínez ML, Guevel CG. Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006. *Salud colectiva*. 2013;9(2):169-182.
17. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.
18. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. En: Berleur J, Labet-Maris CI, Poswick RF, Valenduc G, Van Bastelaer Ph. *Les informa-g-iciens*. Namur (Belgique): Presses Universitaires de Namur; 1986. p.193-209.