

Generalidades de la prevención

Agustín Ciapponi

Karin Kopitowski

Esteban Rubinstein

Alberto Velázquez

A) INTRODUCCIÓN

La medicina de este siglo se caracteriza por un alto desarrollo tecnológico. Se han diseñado sofisticados métodos auxiliares para el diagnóstico de las enfermedades y se han descubierto nuevas terapéuticas al amparo de la investigación básica y aplicada. En este sentido, se consolidaron las bases de la medicina clínica curativa, centrada básicamente en la recuperación de la salud perdida. En los últimos años, se ha intentado vehiculizar el esfuerzo, la tecnología y el tiempo, en evitar la aparición de la enfermedad o detectarla precozmente y no sólo en combatirla cuando ya ha causado daño.

La Medicina familiar se alistó en las filas de la prevención y la convirtió en uno de sus ejes asistenciales más importantes, de esta manera, a través de la medicina basada en evidencia y las guías de práctica clínica, esta especialidad ocupó un lugar central en la implementación de prácticas preventivas individuales y comunitarias.

Sin embargo, a raíz de años de experiencia acumulados, se han empezado a cuestionar las actividades preventivas, tanto por sus resultados como por los daños que pueden provocar a pacientes sanos. Aunque, probablemente pocas actividades médicas despierten en los profesionales y en los legos las pasiones que genera la prevención, en la actualidad han surgido algunas voces críticas. Detrás de la frase “mejor prevenir que curar” se esconde la creencia de que la prevención siempre es buena, la percepción de que es una intervención inocua y que siempre que actuemos para prevenir protegeremos a los pacientes de sufrimientos y daños. Parecería que la prevención es algo inocente, que jamás puede acarrear efectos indeseables: ¿qué daño puede ocurrir si hacemos medicina preventiva? Además de generar la sensación de que todo mal puede ser preventivo, la prevención suele equiparse con la medicina preventiva y tal vez aquí radique la mayor confusión.

La premisa “es mejor prevenir que curar” probablemente sea cierta cuando nos referimos a que las personas adopten estilos de vida saludables que las protejan de enfermar prematuramente. En ese sentido, perseguir como meta que la población no fume, realice actividad física, ingiera alimentos saludables, utilice el cinturón de seguridad al desplazarse en automóviles no tiene efectos indeseables y es probable que prolongue la vida de las personas y su calidad de vida. Sin embargo, cuando para prevenir se interviene con un medicamento o un método diagnóstico, como es el caso del rastreo (*screening*) de los diferentes cánceres, la relación entre el efecto beneficioso y los potenciales riesgos de esas prácticas preventivas no es tan sencilla y vale la pena echar un vistazo a las consecuencias negativas que pueden ocurrir.

En el caso que decidamos hacer estudios preventivos, ¿cuáles deberían ser? Los médicos hemos aprendido a solicitar "rutas" o "chequeos" que se deben pedir aunque no quede claro para qué sirven, qué es lo que se está previniendo ni cómo interpretar cada uno de los resultados obtenidos.

A diferencia de lo que ocurre con muchas especialidades, el médico de familia ocupa un lugar central en relación con las prácticas preventivas en todos los grupos etarios. La prevención continuará estando presente en la práctica habitual del médico de familia pero su implementación deberá abordarse desde un punto de vista metodológico y científico estricto y evaluando los posibles beneficios y los eventuales daños, siempre adecuando la práctica a la persona, sus circunstancias y su contexto en particular. Ejercer esta pericia preventiva distingue y agrega valor al médico de atención primaria y mejora el cuidado de sus pacientes.

B) OBJETIVOS

1. Definir los conceptos de prevención y rastreo.
2. Conocer los distintos momentos de la prevención.
3. Conocer los conceptos de falso positivo y sobrediagnóstico.
4. Incorporar el concepto de prevención cuaternaria.
5. Diferenciar enfermedades de hallazgos preventivos.
6. Definir cuáles son las enfermedades pasibles de ser rastreadas.
7. Entender los grados de recomendación.

C) CONTENIDOS

1. Definición y niveles de prevención.
2. Falsos positivos y sobrediagnóstico.
3. Prevención cuaternaria.
4. Efectividad de las prácticas preventivas.
5. Rastreo
6. Enfermedades prevenibles.
7. Grados de recomendación.

1) Definición y niveles de prevención

Prevenir es el acto por el cual se intenta evitar que algo suceda. Una de las misiones de los médicos es evitar la aparición de la enfermedad. Esto es especialmente cierto para aquellos profesionales que centran su acción en la Medicina Familiar.

Las prácticas preventivas pueden realizarse en diferentes momentos. Existen tres niveles de prevención según el momento en que se realiza la práctica preventiva. La **prevención primaria (PP)** comprende la protección y la promoción de la salud. Se caracteriza porque se realiza antes de que la enfermedad se presente, es decir, cuando el individuo se encuentra sano (**ver figura 1**). Algunas de las medidas más cotidianas de PP son la vacunación o la fluoración de las aguas. Ambas maniobras se indican para proteger la salud antes de que la noxa aparezca.

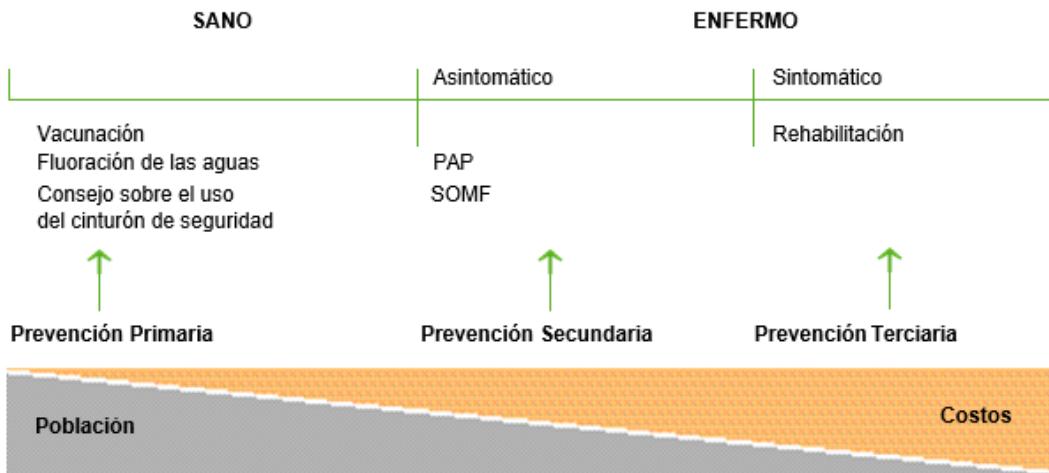
■ La PP se caracteriza por medidas que se realizan antes de que aparezca la enfermedad, intentando evitarla.

La **prevención secundaria (PS)**, en cambio, comprende el diagnóstico y el tratamiento precoz. Se realiza cuando la enfermedad ya está presente (generalmente en forma asintomática), disminuyendo la morbimortalidad y las complicaciones (**ver figura 1**). La realización de sangre oculta en materia fecal (SOMF) y el Papanicolaou (PAP) son dos maniobras de PS que detectan la enfermedad (en este caso el cáncer) antes de que esta sea clínicamente evidente. Ambas maniobras disminuyen la morbimortalidad y el número de complicaciones por cáncer mediante la detección y el tratamiento temprano. Incluso tienen un rol en la PP del cáncer ya que al detectar y tratar lesiones "premalignas" también evitan la aparición de lesiones malignas.

■ La PS se realiza cuando la enfermedad ya está presente. La detección y el tratamiento de la enfermedad en esta etapa disminuyen el número de complicaciones y la morbimortalidad.

La **prevención terciaria (PT)** incluye la rehabilitación y actúa cuando la enfermedad ya causó el daño (**ver figura 1**). Debe comenzar simultáneamente con el tratamiento pues si no, lo encarece y le resta eficacia.

Figura 1



La PP compromete a toda la población, la PS va dirigida a grupos de riesgo (según edad, sexo y factores predisponentes) y la PT se dirige a los pacientes que han sufrido la enfermedad.

En cuanto a los costos, siempre es más económico realizar medidas tendientes a la PP que a la PS o la PT.

Para definir los niveles de prevención, es importante determinar a qué se llama enfermedad. Veamos el caso de la hipertensión arterial (HTA). Si se define que la HTA es una enfermedad, entonces tomar la presión es PS, porque se detectan individuos enfermos (generalmente, asintomáticos) y el tratamiento temprano disminuye la morbilidad. Sin embargo, si se define a la HTA como un factor de riesgo, tomar la presión y controlarla es PP, ya que de esta forma se intenta evitar la aparición de enfermedades como las enfermedades coronaria, cerebrovascular o renovascular.

Tradicionalmente se describen los tres niveles de prevención mencionados pero en los últimos años ha surgido la propuesta de considerar un cuarto nivel: el de la prevención cuaternaria, en el cual el médico debería ejercer la prevención en base a cada paciente, cuidándolo de los riesgos de la medicalización y del sobrediagnóstico.

2) Falsos positivos y sobrediagnóstico

Para analizar la complejidad actual de la prevención es importante atender a dos problemas importantes al momento de encarar el rastreo de las enfermedades en etapas asintomáticas: los falsos positivos y el sobrediagnóstico

El primer problema es la probabilidad de que la maniobra de diagnóstico precoz arroje un resultado falso positivo. Por ejemplo, una mamografía puede mostrar una imagen sospechosa de malignidad cuando, en rigor, se trata de un error. Ante esta situación, la paciente se alarma, puede sentir ansiedad y angustia hasta que, finalmente, se aclara que la imagen detectada no era patológica.

El falso positivo es un efecto indeseable de la actividad preventiva ya que es una fuente de malestar en un paciente que está sano, se siente sano y que tras haber acudido a la consulta para prevenir una enfermedad, la medicina (o el médico) le "ocasionó" un problema.

El segundo problema (mucho más preocupante que el primero) del rastreo de enfermedades en pacientes asintomáticos es la posibilidad de incurrir en lo que actualmente se entiende como "sobrediagnóstico". Este es un concepto complejo de comprender, tanto para la población general como para el personal de salud.

El concepto sobrediagnóstico se refiere al hecho de encontrar, gracias a la detección precoz, una enfermedad que nunca habría acarreado morbilidad ni acortado la vida del paciente.

Este fenómeno está bien documentado: el aumento de la incidencia de muchos de los cánceres que se buscan a través del rastreo no ha sido acompañado por una disminución proporcional de la mortalidad por dichas enfermedades. Por lo tanto, el concepto de sobrediagnóstico se vincula con otro concepto complejo denominado "reservorio de enfermedad" y que también está relacionado con la comprensión errónea que muchas veces tenemos de la "historia natural de las enfermedades".

En otras palabras: la mayoría de las personas (y los médicos también) creemos que si uno tiene un cáncer en su cuerpo, siempre lo mejor es sacarlo y tratarlo ya que, invariablemente, ese cáncer va a desarrollarse y finalizar con la vida del individuo. Esta apreciación es evidentemente errónea y esta es la base sobre la cual el tema de la prevención es tan complejo.

Dicho de otro modo, existen enfermedades en la población que si las buscamos las encontraremos y, por consiguiente, van a ser tratadas, pero que nunca habrían evolucionado hacia una enfermedad avanzada o la muerte. En la práctica, siguiendo con el ejemplo de la mamografía como herramienta preventiva del cáncer de mama, podemos observar que actualmente, más allá de que “poblacionalmente” el rastreo parecería disminuir ligeramente la mortalidad por la enfermedad, sabemos que muchas mujeres con ese diagnóstico han realizado tratamiento con cirugía, radioterapia, e incluso quimioterapia, cuando la enfermedad subyacente diagnosticada (que seguimos llamando “cáncer de mama”) jamás la habría dañado.

El tema, como dijimos, es complejo, porque el sobrediagnóstico también es un concepto “poblacional” y no individual, ya que, en la práctica, nosotros no podemos saber qué paciente va a ser beneficiado con el tratamiento y qué paciente habrá sido tratado en vano. En otras palabras, lo que debemos saber es que cuando efectuamos el diagnóstico de una enfermedad en forma asintomática no podemos saber a ciencia cierta si nuestro paciente pertenece al grupo cuya enfermedad evolucionará o no. Cabe aclarar que el concepto de sobrediagnóstico no se refiere solamente a tratamientos crudos, como el del cáncer de mama, sino también al de entidades cuyo manejo es aparentemente más inocuo, tales como la hipertensión arterial, la diabetes del adulto, la hipercolesterolemia y la osteoporosis.

Cuando incorporamos a nuestra práctica los fenómenos de los falsos positivos y del sobrediagnóstico, el concepto de medicina preventiva empieza a lucir menos inocente, o por lo menos, menos sencillo.

Vemos, de este modo, que la prevención puede causar daño, tal como cualquier otro accionar médico. Sin embargo, creemos que los daños ocasionados por la prevención son más graves que aquellos ocasionados por el tratamiento de enfermedades sintomáticas ya que el contrato preventivo con los pacientes es diferente.

En ese sentido, un paciente que nos consulta para prevenir, está asintomático, se siente sano (¿y está sano?) y somos nosotros, el sistema médico, quienes le proponemos maniobras de detección precoz (aunque, en rigor, debido a la divulgación de dichas prácticas muchos pacientes nos las piden antes de que se las ofrezcamos), y es ahí donde el principio ético que reza “primero no dañar” cobra una dimensión especial. **Esto es importante ya que consideramos poco ético (o por lo menos “complejo”) que en pos de un ideal de prevenir podamos dañar a algunos pacientes.** Y avanzando aún más con la complejidad de lo que es ético y lo que no, creemos, al menos, que no es correcto que los profesionales que nos dedicamos a la medicina preventiva no tomemos conciencia de estos temas y que la comunidad no sea informada. De hecho, todos sabemos que en los consultorios médicos el rastreo de las enfermedades no suele ofrecerse como una opción, y que los pacientes que no realizan estos controles suelen ser mal vistos, tanto por el sistema médico como por sus familiares y allegados.

Es muy poco probable que un médico, antes de escribir la orden de una mamografía a su paciente, le explique las posibilidades que tiene de que el estudio sea un falso positivo (concepto relativamente sencillo de explicar y de comprender) y de que, si se le encuentra un cáncer de mama, en realidad ella forme parte del grupo de mujeres que habrán sido tratadas en vano (concepto mucho más complejo de explicar y de comprender).

Siguiendo con esta línea de repensar qué es ético y no es ético, debemos mencionar que la calidad de los servicios de muchas instituciones médicas se mide en función de la tasa de cobertura de diversas estrategias de rastreo cuando, en realidad, sería mucho más adecuado poder medir la tasa de usuarios con los que los profesionales han discutido los pros y contras de dichas estrategias.

3) Nuevos enfermos, prevención cuaternaria y hallazgos preventivos

Retomando el ejemplo del rastreo de cáncer de mama del contenido anterior, parecería que la mamografía, indicada después de los 50 años, y con intervalos más cercanos a los dos años que al año, es una maniobra que puede evitar algunas muertes por cáncer de mama; sin embargo, lo que queremos transmitir es que esa paciente, que era sana y a la cual le hemos diagnosticado una enfermedad (o una condición), ha dejado de ser sana a partir de un simple estudio diagnóstico y no de una “sensación de enfermedad” o de “haberse enfermado”. Estas personas son, para nosotros, “**nuevos enfermos**”, personas que se enfermaron gracias a los avances de la medicina preventiva.

Los pacientes asintomáticos a los que se les detecta alguna condición a partir de la realización de una práctica preventiva se constituyen en lo que denominamos “nuevos enfermos”

Esto no es ni bueno, ni malo, pero organiza a la salud en una nueva dimensión; por eso, se han propuesto diferentes modos de denominar estos procesos. Uno de ellos es el concepto de “**prevención cuaternaria**”, en el cual el médico debe ejercer la prevención en base a cada paciente y cuidarlo de los riesgos de la medicalización.

Se define como prevención cuaternaria a la prevención de los daños que puede provocar la propia medicina. La prevención cuaternaria se basa en que las prácticas preventivas sean realizadas teniendo en consideración los riesgos y beneficios de cada práctica así como las preferencias y circunstancias de cada paciente.

Otro término es el de “hallazgo preventivo” (o “hapre”) que es un modo de “aligerar” el impacto emocional de estos diagnósticos: en ese sentido, un cáncer de mama diagnosticado mediante una mamografía en una mujer asintomática tendría un “hapre mamario”, y no un cáncer de mama, lo que definiría toda una constelación diferente de apreciaciones sobre la salud y la enfermedad. **Se define como hallazgo preventivo o “hapre” a los diagnósticos realizados a partir de la implementación de una estrategia de rastreo.**

4) Efectividad de la aplicación de las medidas preventivas

La aplicación de las prácticas preventivas produjo un gran impacto en la salud, al reducir la morbilidad de las enfermedades en las que pudo realizar prevención. Por ejemplo, la mortalidad según la edad de accidente cerebrovascular (ACV) disminuyó más de 50% atribuible a la detección y tratamiento más tempranos de la HTA; la generalización del PAP (desde 1950) disminuyó la mortalidad por cáncer del cuello uterino en un 73%; la detección precoz de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito evita el retraso mental irreversible; la utilización del cinturón de seguridad redujo el número de muertes en los menores de 40 años.

El impacto de las intervenciones médicas en la salud de la población no está relacionado con su complejidad. Algunas intervenciones simples, como la toma del PAP o el cambio de ciertos hábitos, tienen enorme repercusión. De hecho, el mejoramiento de los hábitos higiénico dietéticos es una de las intervenciones más eficaces en Atención Primaria. Además, existen intervenciones con múltiples efectos al operar indirectamente en la prevención de condiciones relacionadas (por ejemplo, el ejercicio físico y la pérdida de peso en los pacientes obesos ayuda a prevenir la HTA, cuyo control disminuye la morbilidad por ACV).

5) Rastreo

El rastreo, tamizaje o "screening" es la aplicación de una prueba para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona que no tiene signos ni síntomas conocidos de esa enfermedad o condición. En general, el rastreo se aplica a poblaciones, mientras que la intervención sobre un paciente dado suele denominarse detección de casos ("case-finding"). La prueba para detectar esta condición puede ser el interrogatorio (preguntarle al paciente si fuma), el examen físico (auscultación cardíaca para saber si tiene una valvulopatía), un estudio de laboratorio (determinación de colesterolemia) o un procedimiento (rectosigmoidoscopía).

El rastreo o screening es la aplicación de un test para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona que no tiene signos ni síntomas conocidos de esa enfermedad (etapa asintomática). Tiene como meta reducir la morbilidad o la mortalidad de una enfermedad en las personas que se lo realizan (tratamiento temprano).

Sin embargo, no toda enfermedad o condición debe rastrearse pues **no siempre el diagnóstico temprano significa menor mortalidad**. Es decir, el médico, antes de realizar una maniobra de rastreo, deberá tener en cuenta los siguientes analizados en el contenido 6.

6) Enfermedades pasibles de ser rastreadas

Frame y Carlson postularon que si una enfermedad cumple ciertos criterios puede ser rastreada, es decir, que realizar el rastreo permitirá que se reduzca la morbilidad o la mortalidad de esa enfermedad. Los criterios son:

- a) La condición debe tener un efecto significativo sobre la calidad y cantidad de vida:** esto es, su detección y tratamiento precoz mejorará la calidad y la expectativa de vida de los pacientes en los que se realizó el rastreo. Por ejemplo, la onicomicosis es una condición que no cumple este criterio pues aunque es frecuente no afecta significativamente la morbimortalidad y, por lo tanto, no debería ser rastreada. Por otro lado, la toma de la tensión arterial para detectar y tratar la HTA, presente en un cuarto de la población, permitirá reducir la incidencia de ACV y de IAM en la población, mejorando la calidad y la expectativa de vida. Entonces, es importante que la patología a rastrear no solo mejore la morbimortalidad de los pacientes sino que también sea prevalente. Por ejemplo, el rastreo de tuberculosis en pacientes HIV positivos es importante, ya que la infección concurrente es común y el tratamiento disminuye la morbimortalidad. Por otro lado, el rastreo de esclerosis múltiple en la población general no está indicado por la baja incidencia y prevalencia de esta afección.
- b) La condición debe tener un período asintomático durante el cual su detección y el tratamiento reduzcan la morbimortalidad:** la existencia de un período asintomático de la enfermedad permite detectarla en una etapa temprana y libre de complicaciones. Por ejemplo, el cáncer de cuello uterino tiene una tasa de crecimiento lenta, lo que permite realizar el rastreo (PAP) para detectar la enfermedad en una etapa asintomática. Por el contrario, ninguna enfermedad aguda cumple este criterio, ya que no se pueden rastrear la faringitis, la otitis o la leucemia aguda.
- c) El tratamiento en la fase asintomática (tratamiento temprano) debe ser más beneficioso que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual:** Caso contrario, no tendría sentido buscar la enfermedad antes de que aparezcan los síntomas ya que solo estaríamos enfermando antes de tiempo a las personas sin poder hacer nada para cambiar el curso de la enfermedad. Es decir, decirle a un paciente que aún no tiene síntomas de una enfermedad, que está enfermo, sin poder ofrecerle un tratamiento que modifique su expectativa de vida en esta etapa, “enferma” al paciente antes de tiempo, antes de que tenga conciencia de la enfermedad por la presencia de síntomas. Por ejemplo, el cáncer de colon detectado en su fase asintomática mediante la SOMF provee una sobrevida mayor que si es detectado en su fase sintomática. Por otro lado, otros tumores agresivos, como el liposarcoma, no demostraron este beneficio.
- d) Los estudios para detectar la condición en el período asintomático deben ser efectivos:** es fundamental que el estudio que se realice para el rastreo sea seguro y preciso, aceptable para los pacientes, disponible para los médicos y que su costo sea razonable. Es decir, debe poder determinar quién está enfermo y quién no (alta especificidad), no debe exponer al paciente a un mayor riesgo que el que produce la enfermedad (seguridad) y debe ser aceptable para el paciente. En el caso de que existan enfermedades con evoluciones muy distintas, como ocurre con el cáncer de próstata en sus formas indolente y agresiva, no es suficiente que un estudio como la detección del ~~antígeno prostático específico~~ detecte cáncer prostático sino que debería poder discriminar a los pacientes que padecen la forma agresiva ya que son los únicos que se beneficiarán del rastreo.
- e) El daño de la intervención debe ser menor que el del tratamiento en la etapa sintomática:** es importante destacar que el principal fundamento del rastreo es realizar una intervención temprana (antes de que la enfermedad produzca daño importante) que redunde en un beneficio para el paciente. Por ejemplo, tratar la HTA tempranamente reduce los daños irreversibles que produce (etapa sintomática).

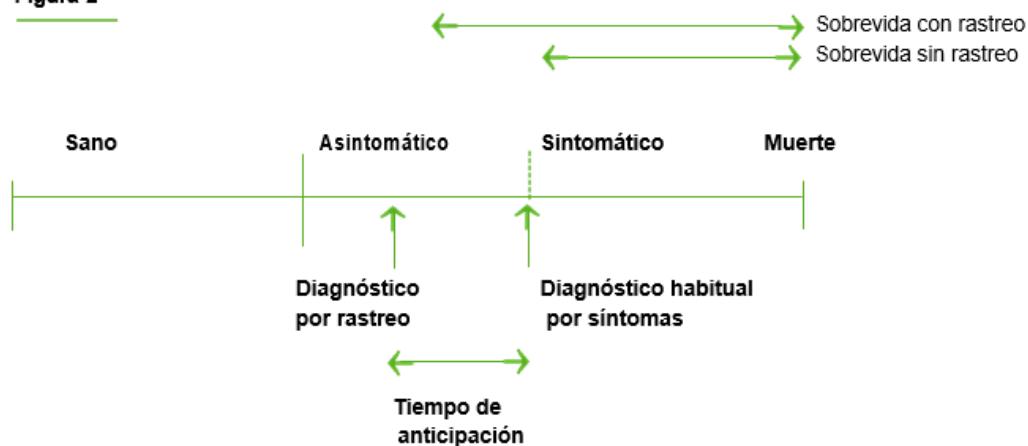
Además, tiene un tratamiento conocido, aceptable y efectivo. Por el contrario en el cáncer de próstata se estima que de cada 1000 pacientes rastreados se evitaría, como máximo, una muerte por cáncer de próstata pero, por otro lado, debido al tratamiento dos hombres podrían experimentar un evento cardiovascular grave (como infarto de miocardio), uno una trombosis venosa grave en los miembros inferiores o pulmonar y 30 a 40 hombres podrían desarrollar disfunción eréctil o incontinencia urinaria. En este caso el balance de la intervención precoz resulta desfavorable por lo que no se cumple este criterio de rastreo.

Consideraciones con respecto al rastreo

Cuando se habla de rastreo y de prevención, hay que tener en cuenta sesgos o errores de interpretación de los estudios de rastreo que pueden confundir al médico o al paciente. Se denomina sesgo a una desviación sistemática y en una determinada dirección que lleva a una errónea interpretación de la realidad. No es azaroso y depende de errores metodológicos en la realización de un trabajo científico.

Los sesgos en el rastreo pueden ser de diferentes tipos: **a) De dilución:** algunos pacientes incluidos en el rastreo no reciben la prueba; **b) De contaminación:** algunos pacientes no incluidos en el rastreo reciben la prueba de todos modos; **c) De selección:** la población que se eligió para el estudio estuvo seleccionada. Por lo tanto, puede no ser representativa de la población a la cual se le aplicará la intervención estudiada en el ensayo (principal sesgo en los estudios de caso-control); **d) Del tiempo de duración:** los estudios de rastreo de una enfermedad se determinan según el sexo y la edad del paciente. Las enfermedades detectadas por una prueba durante un rastreo tienden a tener intervalos preclínicos mayores que el promedio. Por ende, podrían ser casos menos agresivos de la misma enfermedad y, por lo tanto, de mejor pronóstico (menor mortalidad). Como se explicó en el cáncer prostático, detectar los cánceres indolentes no redundará en mejoras en la salud de la población; **e) Del tiempo de anticipación ("lead time bias"):** muchas veces al pedir estudios se está anticipando y detectando una enfermedad en su fase asintomática. Sin embargo, por las características de la enfermedad ese diagnóstico temprano puede alargar artificialmente la sobrevida pero no modifica la mortalidad si no modifica el tiempo final de muerte (**ver figura 2**). Este tiempo de anticipación es el período desde el diagnóstico por rastreo hasta el momento habitual del diagnóstico.

Figura 2



Por ejemplo, el rastreo del cáncer de pulmón en un paciente fumador con una radiografía de tórax (RxTx) consigue anticipar el diagnóstico. Entonces, aumenta la sobrevida pero sólo por el aumento del "lead time", con lo cual sólo aumenta el tiempo en que el paciente sabe que está enfermo, pero el momento de la muerte es el mismo. Es decir, el paciente conoce más tempranamente su condición de enfermo que si se detectara cuando comienza con los síntomas.

7) Recomendaciones

Es casi imposible para un médico conocer y determinar cuáles son las enfermedades que deben ser rastreadas y cada cuánto. A fines de 1970 un grupo de aproximadamente 200 servicios de medicina preventiva con casi 300 expertos de EEUU, Canadá, Europa y Australia, se reunieron para elaborar recomendaciones en cuanto a qué enfermedad rastrear y cada cuánto hacerlo. Buscaban claridad en las definiciones acerca de las intervenciones a realizar. Hicieron una revisión sistemática de la literatura, a partir de la cual se elaboraron las guías de las Fuerzas de tareas canadienses (CTF) y de la Fuerza de tareas de los EEUU (USPSTF). Luego, se crearon otras sociedades que lanzaron sus recomendaciones de prácticas preventivas, como la Sociedad Americana de Cáncer (ACS), el Programa Nacional de Educación sobre Colesterol (NCEP), la Sociedad Geriátrica Americana (AGS), la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP), etc.

Las diferentes fuerzas de tareas preventivas publican sus recomendaciones para realizar rastreo y prevención de distintas enfermedades según edad y sexo. A pesar de que proveen una gran ayuda informando sobre la evidencia existente para realizar determinada práctica, siempre deben ser evaluadas por el médico para determinar su aplicabilidad en el medio donde vive y sobre cada paciente en particular.

Las recomendaciones se dividen en grados. Existen cinco grados de recomendación: A, B, C, D e I (ver cuadro 1). Las recomendaciones actuales incluyen (siempre que estén disponibles) información de la costo-efectividad de las prácticas preventivas.

Según esta clasificación, la recomendación de tipo A avala la realización de determinada práctica preventiva mientras que la tipo D recomienda no realizarla (ver cuadro 1). Una explicación especial requiere la clasificación tipo I. En ella se concluye que no hay suficiente evidencia para avalar realizar o no dicha práctica de rastreo, es decir, que la evidencia existente es insuficiente y no se puede determinar el resultado que produce su realización.

Tipo	Dirección	Evidencia	Resultados	Beneficio Neto
A	Recomienda	Buena	Mejoran	Muy positivo
B	Recomienda hacer	Al menos alguna	Mejoran	Positivo
C	No recomienda nada	Al menos alguna	Pueden mejorar	Escaso o nulo
D	Recomienda no hacer	Al menos alguna	No mejoran	Nulo o negativo
I	No puede recomendar	Insuficiente	Indeterminados	Inciso

Algunas maniobras de rastreo son muy útiles para prevenir enfermedades y sus complicaciones. El médico de familia debe conocer cada una de ellas y poder evaluar críticamente la evidencia para implementarlas. Teniendo en cuenta que estas maniobras se realizan sobre población sana, debe prevalecer siempre el concepto de "primero no dañar". Sin embargo cuando no realiza una práctica que se halla recomendada, por ejemplo indicarle aspirina a los pacientes con enfermedad coronaria, (recomendación tipo A) también podría considerarse que se está dañando al paciente.

Conclusiones

Como podemos observar, el fenómeno de la medicina preventiva abarca situaciones individuales y poblacionales. Al detectar "nuevos enfermos" la sociedad, invariablemente, se medicaliza más. Eso no es ni bueno, ni malo, sino más complejo.

En este sentido, en los años 90, Geoffrey Rose publicó un análisis que tuvo una gran influencia sobre el pensamiento médico y epidemiológico al demostrar que la prevalencia de hipertensión, de diabetes o de ingesta elevada de sodio o alcohol estaba vinculada en forma inseparable con el promedio poblacional. Afirmaba que "... la distribución de las características relacionadas con la salud en las poblaciones sube y baja como un todo: la frecuencia de 'casos' puede ser comprendida solo en el contexto de las características de la población, que tiene, de este modo, una responsabilidad colectiva por su propia salud y bienestar, incluida la de aquellos que presentan 'desvíos o elevaciones'. Una mejora pequeña tendrá impactos poblacionales de gran magnitud". Este mensaje alentador, que se orientaba a una modificación cultural en las pautas de la alimentación o de la actividad, se transformó en un discurso temerario y culpabilizador: toda la población tiene riesgo y, por lo tanto, hay que abordarla médicaamente y, en lo posible, medicarla.

Para terminar, quisieramos mencionar que la actividad preventiva tiene sentido cuando conlleva más beneficios que daños, siempre que el balance sea claramente positivo ya que el contrato preventivo es para evitar daños futuros, pero el perjuicio suele darse en el presente y se hace sobre personas que, en ese momento, no padecen de aquello que se quiere prevenir. Una gran proporción de las consultas en atención primaria están motivadas por el pedido de chequeos y para realizar maniobras preventivas. Estos chequeos incluyen varias maniobras del examen físico y un listado de estudios complementarios de longitud no despreciable. Los sistemas médicos están cada vez más orientados a estrategias de prevención y chequeos que ocasionan importante consumo de recursos de todo tipo. Esta orientación hacia los servicios preventivos no está exenta de cuestionamientos. En opinión de Horton, director de The Lancet antes de transformarse en un paciente, un individuo sano merece un informe consentido pleno, con información provista a nivel individual y poblacional.

Bibliografía

- Barker LR, editor, et al. Principles of ambulatory medicine 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ©2003.
- Fullard E, et al. Promoting prevention in primary care: controlled trial of low technology, low cost approach. Br Med J (Clin Res Ed) 1987; 294(6579): 1080-2.
- Gehlbach S. Interpreting the medical literature: practical epidemiology for clinicians. 2nd ed. New York: McMillan, 1988.
- Gené Badia J. Actividades preventivas. Barcelona: Doyma, D.L., 1989. (Monografías clínicas en atención primaria; 3).
- Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet 2008; 372:1997-9.
- Goldman L, Ausiello DA, editors. Cecil textbook of medicine. 22nd ed. Philadelphia, PA: Saunders, ©2004.
- Heath I. Life and death. In defense of a National Sickness Service. BMJ 2007;334:19.
- Horton J. The trouble with screening. Lancet 2009;373:1223
- Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 3^a ed, Buenos Aires: Panamericana; [en prensa].
- Maciosek M, Coffield A, Edwards N, Flottemesch T, Goodman M, Solberg L. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med 2006;31:52-61.
- Sackett DL, et al. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica . 2a ed. Buenos Aires: Panamericana, 1994.
- Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008;62:580-83.
- Rose G, Day S. The population mean predicts the number of deviant individuals. BMJ, 1990; 301: 1031-4.
- Rubinstein E. Los nuevos enfermos. Ventajas y desventajas de la medicina preventiva. Buenos Aires, delhospital ediciones, 2009.