

El examen periódico de salud: ¿Es una práctica de bajo valor?

Tradicionalmente, el examen periódico de salud ha consistido en una visita anual al médico con la finalidad de prevenir problemas de salud en el futuro.

Los orígenes del examen periódico de salud (EPS) se remontan por lo menos a la revolución industrial, cuando los empleadores pagaban los chequeos anuales para mantener saludable a su fuerza laboral. Hoy en día, la práctica está subsumida en el trabajo de los médicos de atención primaria y consume gran parte del tiempo de los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención.

El valor del EPS en adultos no está claro. Esta afirmación, que puede resultar provocadora, obedece a que el EPS aporta beneficios a los pacientes, pero también daños y consume una enorme cantidad de recursos humanos y materiales.

El EPS es una oportunidad para realizar maniobras preventivas basadas en evidencia, asesorar a los pacientes sobre temas relacionados con sus hábitos, actualizar las vacunas e identificar factores de riesgo para el desarrollo de diferentes enfermedades. El EPS incluye el tamizaje de patologías como algunos cánceres. Aun asumiendo que el EPS es una práctica de alto valor, su realización anual carece de sustento científico en adultos sin antecedentes de problemas de salud.

No se ha demostrado que el EPS reduzca la morbilidad y la mortalidad. Una revisión sistemática Cochrane no encontró evidencia de un impacto en los resultados de los pacientes. Además, los EPS suelen dar lugar a un exceso de análisis de sangre, radiografías de tórax y electrocardiogramas, exponiendo a los pacientes a los riesgos de las cascadas diagnósticas, a los resultados falsos positivos y al sobrediagnóstico. Los esfuerzos preventivos basados en la población pueden ser más efectivos para reducir la morbilidad y la mortalidad dado que las condiciones de vida son un motor potente que condiciona fuertemente la posibilidad de enfermar y morir.

La pregunta que debemos responder es ¿para qué hacemos el examen periódico en salud? Y la respuesta rápida de profesionales y legos podría ser: *“para saber cómo estoy”*, *“para hacer diagnóstico precoz”* o *“para prevenir problemas futuros”*. La falacia reside en que estas tres respuestas que, a priori, parecen apuntar a lo mismo, no lo hacen. *“Saber cómo estoy”* no necesariamente conduce a prevenir problemas futuros. Si con algún estudio complementario determinamos “cómo está quien nos consulta hoy” eso no necesariamente se traduce en mejores resultados en salud. Y esta idea es absolutamente contraintuitiva, pero real. Que la realización de una prueba de tamizaje (saber cómo esta la persona) conduzca a una reducción de la morbimortalidad por la condición que tamizamos es algo que hay que demostrar. Porque no siempre ocurre. Por ejemplo, si hacemos ecografía transvaginal en personas asintomáticas, sabremos “cómo están” de sus órganos pelvianos; sin embargo ya está demostrado que esto no conduce a una reducción de mortalidad por cáncer de ovario ni endometrio... De manera que ese *“saber cómo estoy”* sólo conduce mayores intervenciones por hallazgos, preocupaciones innecesarias y daños. Sin hablar del consumo imperdonable de recursos de todo tipo que dejan de estar disponibles para personas que los necesitan lo que conlleva a una profunda inequidad. Trasvasamos recursos de los enfermos a los sanos. Inaceptable.

Un razonamiento similar puede ser aplicado para todas las prácticas que tienen recomendación en contra de ser realizadas como el electrocardiograma en personas de bajo riesgo, el ecodoppler de vasos de cuello o el tamizaje de cáncer de páncreas o riñón.

El argumento del diagnóstico precoz es peligroso. El diagnóstico no debe ser precoz. Debe ser oportuno. El tamizaje (especialmente de cáncer) puede conducir a diagnóstico precoz de lesiones que nunca traerían problemas en el futuro, pero que una vez encontrados; deben ser tratados. Este fenómeno es el sobrediagnóstico. Y aquí, tenemos un problema adicional. Las personas a quienes se diagnostican un cáncer precozmente y se curan, se viven a sí mismos como un ejemplo de “éxito”

del tamizaje. Y sabemos que muchos de ellos sólo serán dañados por un diagnóstico que de no haberse hecho, habría sido mejor.

¿Entonces? La primera conclusión es que el EPS no puede ser tomado a la ligera. Es fuente de daños para quienes nos consultan. Son personas asintomáticas en quienes el sistema sanitario inicia maniobras de pesquisa. De manera que debemos estar muy seguros de que esas maniobras, en promedio, aportan más beneficios que daños. El contrato preventivo debe poner muy en lo alto (como siempre, pero más) el principio de primero no dañar.

El EPS es, antes que nada, un encuentro humano. Un diálogo. Conocimiento mutuo entre profesional y consultante. Una oportunidad para conversar sobre preocupaciones, para desmedicalizarle la vida a las personas, para reafirmar que confíen en su percepción y concepción de salud. Es una oportunidad para generar un vínculo que sea longitudinal y la persona sepa a quién recurrir si algo no está bien con su salud.

Se puede aprovechar para consejería sobre prácticas de sexo seguro, alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Sin embargo, sabemos que el éxito de estas intervenciones es muy bajo. Que son las políticas públicas las que pueden mover la aguja en estos temas. Y, curiosamente, si las personas pudieran no fumar, no beber alcohol en exceso, comer saludablemente; eso les proporcionaría más salud que cualquier maniobra de tamizaje. Debemos ser más humildes. El mayor impacto en la morbimortalidad lo tienen intervenciones que no dependen del sistema sanitario ni de los médicos.

Aprovechamos el EPS para recomendar las vacunas del calendario. También para quimioprofilaxis como la prescripción de ácido fólico en personas que buscan un embarazo para prevención de defectos del tubo neural.

Y hacemos tamizaje... si también aprovechamos para tamizar aquellas condiciones prevalentes, con período presintomático, cuando contamos con tests adecuados para diagnóstico preclínico siempre y cuando esté demostrado que eso disminuye la mortalidad por la enfermedad a tamizar. Remarco una y mil veces este concepto. Para incluir en el EPS la búsqueda de enfermedades debe estar fehacientemente demostrado que los beneficios superan los daños. Y los beneficios medidos en término de reducción de morbimortalidad. Por eso se aconseja el PAP (desde los 25 años y hasta los 65 años con intervalo cada 3 años), la toma de presión arterial, la glucemia en personas en edad media de la vida con algún factor de riesgo, la serología para VIH en personas que mantienen relaciones sexuales. No es la idea hacer un repaso exhaustivo de las prácticas que cuentan con evidencia para ser realizadas.

Debemos tener en cuenta que aún las prácticas recomendadas acarrearán daños y que para minimizarlos hay que indicarlas en las edades recomendadas y a los intervalos recomendados y con los métodos de diagnóstico recomendados. Más no siempre es mejor. Y en esto que nos convoca, es peor.

La mayor parte de las prácticas preventivas no deben hacerse anualmente. Por lo tanto, la ceremonia de la visita anual debe ser repensada.

Muchas veces, con el argumento de la medicina preventiva, en vez de devolverles salud a nuestros pacientes; se la expropiamos. Desde un punto de vista ético, es inaceptable. Tiempo de barajar y dar de nuevo.

Karin Kopitowski
Presidenta FAMFyG

REFERENCIAS

1. Reynolds EE, Heffernan J, Mehrotra A, Libman H. Should Patients Have Periodic Health Examinations?: Grand Rounds Discussion From Beth Israel Deaconess Medical Center. *Ann Intern Med.* 2016 Feb 2;164(3):176-83. doi: 10.7326/M15-2885. PMID: 26829911.

2. Bouck Z, Calzavara AJ, Ivers NM, et al. Association of Low-Value Testing With Subsequent Health Care Use and Clinical Outcomes Among Low-risk Primary Care Outpatients Undergoing an Annual Health Examination. *JAMA Intern Med.* 2020;180(7):973–983. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1611

3. Ganguli I, Morden NE, Yang CW, Crawford M, Colla CH. Low-Value Care at the Actionable Level of Individual Health Systems. *JAMA Intern Med.* 2021;181(11):1490–1500. doi:10.1001/jamainternmed.2021.5531

4. Franco JVA, Kopitowski K, Madrid E. Limiting low-value practices to contribute to a sustainable, efficient and equitable health system. *Medwave.* 2021 Apr 19;21(3):e8161. English, Spanish. doi: 10.5867/medwave.2021.03.8161. PMID: 33956774.

5. Thompson S, Tonelli M. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: ED000047. DOI: 10.1002/14651858.ED000047

6. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2014 Jan;64(618):e47-53. doi: 10.3399/bjgp14X676456. PMID: 24567582; PMCID: PMC3876170.

7. Howard-Tripp M. Should we abandon the periodic health examination?: YES. *Can Fam Physician.* 2011 Feb;57(2):158-60. PMID: 21642713; PMCID: PMC3038801.

8. Holland W. Periodic Health Examination: A brief history and critical assessment. *Eurohealth (Lond).* 2009; 15(4):16-20

Les Invitamos



ACOMFYG

**ASOCIACIÓN CORDOBESA
DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

**PARA ASOCIARSE COMUNICARSE A
asociarseacomfyg@gmail.com**

  **ACOMFYG**  **@ACOMFYGCBA**

WWW.ACOMFYG.COM.AR