

# **La tiranía del diagnóstico precoz. Por Juan Gérvas.**

**La ciencia es muchas veces contraintuitiva.**

A usted, amable lector/a, le puede parecer que no está en movimiento pues reposa sobre una silla leyendo este texto. Se equivoca, por supuesto, pues se está moviendo a velocidad de vértigo por el espacio sideral. Primero por la rotación de la Tierra sobre sí misma, después por el movimiento de traslación alrededor del Sol (casi 110.000 km/h), por el movimiento del Sol alrededor del centro de la Vía Láctea (casi 904.000 km/h) y por el movimiento con la Vía Láctea hacia la constelación de Leo (casi 1.334.000 km/h). ¿No siente vértigo?

Muchas cuestiones científicas son contraintuitivas y tenemos que creerlas por razonamientos que van contra los sentidos, como la idea esa de que estamos en reposo cuando en realidad nos movemos a velocidades increíbles. Lo mismo sucede con la percepción de que el diagnóstico ideal es el diagnóstico precoz. En algún caso es verdad, pero en general es falso.

El diagnóstico ha de ser siempre cierto (no errado) y siempre oportuno (conveniente). Oportuno no es equivalente a precoz. El diagnóstico debería ser precoz cuando tal diagnóstico conlleve más beneficios que daños.

**Los chequeos.**

Los chequeos rutinarios de salud tienen más de cien años de historia, y nunca han demostrado que lleven a diagnósticos precoces que logren más beneficios que daños.

Los chequeos (revisiones rutinarias) de hecho perjudican más que benefician, sean de niños, de mujeres, de trabajadores, de adultos o de ancianos.

Así, por ejemplo, la revisión anual ginecológica sólo se explica por el negocio que conlleva. Es una actividad médica inútil pero también perversa, por los daños que conlleva el enriquecimiento de esta Ginecología Comercial. Lo mismo la Pediatría Comercial con la revisión del niño sano.

Los chequeos y exámenes de salud son inútiles, como bien han demostrado las Revisiones Cochrane:

“Los controles generales de salud incluyen realizar pruebas múltiples a una persona que no se siente enferma con el objetivo de encontrar enfermedades de forma temprana, prevenir el desarrollo de enfermedades o proporcionar tranquilidad. Los controles de salud son un elemento habitual de la asistencia sanitaria en algunos países. Muchas personas creen intuitivamente que los controles de salud tienen sentido, pero la experiencia de los programas de detección de enfermedades individuales han mostrado que los efectos beneficiosos pueden ser menores de lo esperado y que los efectos perjudiciales pueden ser mayores. Un posible efecto perjudicial de los controles de salud es el diagnóstico y tratamiento de afecciones que no están destinadas a causar síntomas o la muerte. Por lo tanto, su diagnóstico será superfluo y conllevará el riesgo de un tratamiento innecesario. Los controles generales de salud no redujeron la morbilidad ni la mortalidad, ni en general, ni por causas cardiovasculares o cáncer, aunque se observó un aumento en el número de nuevos diagnósticos”.

[https://www.cochrane.org/es/CD009009/EPOC\\_controles-generales-de-salud-para-la-reduccion-de-enfermedades-y-de-la-mortalidad](https://www.cochrane.org/es/CD009009/EPOC_controles-generales-de-salud-para-la-reduccion-de-enfermedades-y-de-la-mortalidad)

<https://www.actasanitaria.com/chequeos-no-son-inutiles/>

<https://www.actasanitaria.com/mi-ginecologo-pero-por-que-ten-er-un-ginecologo-si-la-revision-anual-es-inutil/>

[https://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/\\_LP3k9qgzIh7aNQBiadwmTNnYR7Y5Uo60SzCUEjrSG9oih0aclPTwJT19\\_G3ypkuSmRPLf0s3VBckafK3fn-ng](https://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LP3k9qgzIh7aNQBiadwmTNnYR7Y5Uo60SzCUEjrSG9oih0aclPTwJT19_G3ypkuSmRPLf0s3VBckafK3fn-ng)

## **La falsa creencia en la “historia natural” de la enfermedad.**

Los médicos empleamos el concepto de «historia natural» con la casi certeza absoluta de su existencia real. Pero la «historia natural» de las enfermedades es un concepto muy relativo que no debería generalizarse más allá de algunas enfermedades infecciosas, pues fue desarrollado básicamente en el siglo XIX en torno a la evolución de las mismas. Su realidad es dudosa incluso en procesos infecciosos como tuberculosis, dengue, lepra o covid19, por ejemplo, pero también en diabetes, demencia, depresión y cáncer de mama, por ejemplo.

El diagnóstico precoz (antes de que la enfermedad dé síntomas) se basa en la creencia de una «historia natural» de la enfermedad.

Los cribados (programas de detección precoz de enfermedades como cáncer y otras) tienen por objetivo ese diagnóstico precoz y sólo se justifican si cumplen los criterios de Wilson y Jungner. En la práctica el punto más débil de los cribados se refiere a la falta de cumplimiento del séptimo criterio, sobre la historia natural, que dice textualmente: «*The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood*» [Debe comprenderse cabalmente la historia natural del problema de salud, incluyendo su desarrollo de latente a enfermedad florida].

El cumplimiento de este criterio exige la aceptación de la

existencia de la historia natural de la enfermedad. Pero en general no existe tal historia natural con inicio, desarrollo y desenlace, o es la excepción.

Al no existir el constructo «historia natural» de la enfermedad todo el edificio preventivo se tambalea. No obstante, la arrogancia preventiva lleva a despreciar esta ignorancia en la práctica. Se demuestra, por ejemplo, en el caso del cribado del cáncer (colon, mama, próstata, tiroides, melanoma, pulmón, etc) pues el diagnóstico precoz incluye cánceres que no hubieran llegado a desarrollarse nunca, con los consiguientes daños no justificables.

Es contraintuitivo pero cierto que los cribados de cáncer no “salvan vidas” y a cambio crean ejércitos de personas que viven toda su vida con “cánceres inofensivos que creen mortales” y que obligan a seguimientos y tratamientos sin necesidad.

El mismo problema concierne, por ejemplo, al cribado de la demencia en ancianos, ya que etiqueta a muchos pacientes con variaciones de la normalidad que nunca progresarán a enfermedad, con el consiguiente daño por el mismo etiquetado y por los tratamientos consiguientes.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO\\_PH\\_P\\_34.pdf?sequence=17](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PH_P_34.pdf?sequence=17)

<https://www.bmj.com/content/352/bmj.h6080>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25596211/>

[http://sites.isped.u-bordeaux2.fr/sfr/Portals/0/Actualites/CarolBrayne\\_bmj.pdf](http://sites.isped.u-bordeaux2.fr/sfr/Portals/0/Actualites/CarolBrayne_bmj.pdf)

### **Sobrediagnóstico propiamente dicho.**

El cribado (en salud pública) y el diagnóstico precoz (en la

clínica) llevan al sobrediagnóstico. Es decir, al error en el pronóstico.

El diagnóstico es correcto pero la «historia natural» no es la prevista y por ello el proceso de cribado/diagnóstico precoz provoca más daños que beneficios al convertir a sanos en enfermos, pero enfermos de dolencias que nunca les hubieran enfermado.

Tal problema debería conllevar el cambio del concepto de cribado y diagnóstico precoz para eliminar o modificar profundamente las pautas asociadas al mismo.

Ello es un cambio filosófico que no se hace sin resistencia, por la fuerza de la costumbre, la arrogancia preventiva y clínica y los intereses comerciales, además de las expectativas sociales.

<https://www.aacc.org/cln/articles/2019/julyaug/overdiagnosis-an-unintended-side-effect-of-diagnostic-testing>

<https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6361>

<http://equipocesca.org/sobrediagnostico-un-problema-clinico-etico-y-social/>

### **Al arte y la ciencia de no hacer nada (inercia clínica intencionada).**

Muchas veces se dice que se hace de más para tranquilizar al enfermo, pero los estudios demuestran reiteradamente que no se logra tal objetivo. Resulta inútil el pedir pruebas diagnósticas cuando es baja la probabilidad de que sean anormales. Estas pruebas ni tranquilizan a los pacientes, ni disminuyen su ansiedad ni ayudan a que se resuelvan sus síntomas.

En medicina se estima como intolerable el error por omisión,

y se tiene menos rigor con el error por comisión. Es decir, se estimula el hacer frente al no hacer. Sin embargo, el apropiado no hacer es difícil arte y ciencia que requiere altísimo profesionalismo y conocimientos y un sereno control de la incertidumbre clínica.

Conviene enseñar a estudiantes, residentes y pacientes sobre el efecto cascada en la atención clínica pues dichas cascadas, iniciadas por signos y síntomas irrelevantes, por actividades preventivas o por decisiones erróneas generadas por guías y protocolos, agreden al paciente, prescinden de la yatrogenia implícita en todo acto médico y disminuyen la eficacia de la actividad profesional, al diluir el esfuerzo de los médicos sobre enfermos y enfermedades de muy distinta gravedad.

Hay que promover a los profesionales que generan confianza y que son comedidos en sus intervenciones, con formación suficiente para ser capaces de “esperar y ver”, de la “espera expectante”, cuando no hacer nada y esperar es la mejor opción diagnóstica y terapéutica. Es lo que en inglés se denomina “deliberate clinical inertia” (inercia clínica intencionada), el arte y la ciencia de no hacer nada, como una opción lógica y prudente tan típica del buen médico general que ni siquiera precisa “diagnosticar-etiquetar” para resolver un alto porcentaje de problemas de salud pero que también sirve en campos tan dispares como urgencias y psiquiatría.

<https://www.bmj.com/content/313/7053/329>

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1656539>

<http://equipocesca.org/el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-epidemiologicas-y-eticas/>

<https://www.actasanitaria.com/nuestros-pacientes-esperan-lo-mejor-y-lo-mejor-es-a-veces-nada-cascadas-que-enferman/>

<http://www.gacetasanitaria.org/es-uso-abuso-del-poder-medico-articulo-13101092>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1742-6723.12922>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1742-6723.12950>

<http://www.nogracias.eu/2016/10/08/el-arte-de-hacer-el-minimo-dano-en-salud-mental-por-alberto-ortiz-lobo/>

### **Emergencismo.**

Las enfermedades son situaciones emergentes, heteropáticas, una experiencia existencial cuya presentación y evolución es característica personal y de ahí la debilidad del concepto de “historia natural de la enfermedad”. No hay enfermedades sino enfermos y por ello el médico debe escuchar la narración de cada persona para hacerse idea del sufrimiento que conlleva.

Pero con el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos cada vez parece menos relevante el oír y el escuchar al paciente. Incluso la exploración física parece menos importante. Lo importante es la técnica y la obtención de datos “duros”, los que proceden de máquinas, como la tomografía axial computerizada.

Se menosprecian y abrevian el diálogo y la escucha, que proporcionan datos “blandos”. La entrevista en la consulta se convierte en un interrogatorio policial, puesto que los médicos son “detectives” en busca del diagnóstico.

A los pacientes se les dejan apenas unos segundos para expresarse libremente. Son interrumpidos de inmediato por el médico para que precisen los síntomas en su orientación a “cuadrar” el caso y a obtener la información relevante (que

se cree “no sabe dar” el paciente, perdido en la expresión de síntomas, molestias, miedos, preocupaciones y sufrimientos). En esta forma de trabajo cabe mal la escucha al paciente y la expresión por éste de sus miedos y temores, de su preocupaciones y expectativas.

El “enfermar”, el sufrimiento de la enfermedad, casa mal con el “diagnosticar”, con el adjudicar una etiqueta a los signos y síntomas (y menos con la tiranía del diagnóstico precoz).

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22012018000200161](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012018000200161)

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/FilosofiaEnfermedadVulnerabilidadSujetoEnfermo.pdf>

<http://equipocesca.org/enfermedad-ciencia-y-ficcion/>

[https://es.wikipedia.org/wiki/Emergencia\\_\(filosof%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Emergencia_(filosof%C3%ADa))

## **En conclusión.**

La tiranía del diagnóstico precoz conlleva un estilo peligroso y dañino de ejercer como médico que se aleja de lo que debería ser una buena medicina en la que hay que oír al paciente para tratar de entender qué significan, en su caso y situación, la enfermedad y los síntomas (el sufrimiento y la preocupación).

El diagnóstico sólo es uno de las múltiples claves necesarias para ayudar al paciente y ya dijo Marañón que “el médico que sólo medicina sabe, ni medicina sabe”, pues la medicina armónica y científica mezcla ciencia, técnica y humanidades. No tiene sentido la persecución heroica del diagnóstico.

Los diagnósticos son etiquetas que definen abreviadamente



distintos problemas de salud más o menos homogéneas en su presentación y desarrollo. En la «construcción» de los diagnósticos, y más de los diagnósticos precoces, hay mucha ideología y negocio, y su formulación permite y justifica gran parte de la expropiación de la salud.

## **NOTA.**

Este texto se basa en la ponencia del firmante sobre «El problema y las soluciones a la tiranía del diagnóstico precoz», realizada por amor al arte, gratis et amore.

Del 27 de mayo de 2021, en la serie de ponencias sobre «25 años de formación orientada a los valores».

Celebración de los primeros 25 años de Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria «La Laguna – Tenerife Norte», España.

Puede escuchar la presentación en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=IxFEnWKS0Kc>

Tiene el resumen escrito de dicha presentación en:  
<https://www.actasanitaria.com/la-funesta-mania-de-diagnosticar-sobre-todo-de-diagnosticar-precozmente/>

Juan Gérvas, Doctor en Medicina, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España.

[jjgervas@gmail.com](mailto:jjgervas@gmail.com) [equipocesca.org](http://equipocesca.org) @JuanGrvas

Juan Gérvas es miembro de NoGracias.