

Cribado en salud laboral: ¿detectamos o despistamos?

Jordi Delclós^{a,b,d}, Lucía Artazcoz^{c,d,e}

En el número anterior de *Archivos*, Reinoso-Barbero y colegas publican los resultados de un programa de cribado de cáncer de próstata en trabajadores de una entidad bancaria, llevado a cabo desde su servicio de prevención.¹ El motivo inicial de examinar estos resultados, con cuatro años de seguimiento, fue la creciente controversia internacional sobre el valor del cribado para este cáncer^{2,3}. El programa, basado en la detección de niveles de PSA >4 ng/ml, remitidos a evaluación clínica, identificó una prevalencia de casos confirmados de cáncer de próstata de prácticamente el doble de lo esperado. Casi todos fueron tratados quirúrgicamente. Cerca de la mitad de los casos tratados reportaron disfunción eréctil y una tercera parte incontinencia urinaria. A pesar del alto índice de efectos adversos, los trabajadores diagnosticados de cáncer en este programa de cribado manifestaron su apoyo al mismo.

El propósito de esta nota editorial es aprovechar la publicación del trabajo de Reinoso-Barbero¹ y colegas para reflexionar sobre tres puntos relevantes a los programas de cribado desde la perspectiva del ejercicio profesional de la salud laboral.

El primer punto trasciende el ámbito de la salud laboral, al estar “en boca” tanto del mundo de la medicina clínica como de la salud pública, y se refiere al llamamiento hecho por varias agencias, sociedades profesionales y revistas científicas, cuestionando el valor y la efectividad de algunos programas de detección precoz de cáncer, hasta ahora ampliamente implementados y aceptados en numerosos países, en especial los de cáncer de mama y próstata²⁻⁸. En ambos casos, el cribado ha generado un aumento en la detección de lesiones iniciales que no se corresponde con una disminución proporcional de la mortalidad, atribuible a ese cribado. Las diversas modalidades de imagen y marcadores biológicos disponibles actualmente permiten la detección de lesiones incipientes, pero el paradigma de que

toda lesión incipiente necesariamente progresará a un tumor invasivo si no hay intervención terapéutica se ha refutado al observarse que la biología del cáncer es muy heterogénea, variando desde tumores indolentes que no progresarán, progresarán de manera muy lenta o incluso pueden desaparecer, hasta cánceres más agresivos. Ello conlleva un riesgo de sobrediagnóstico de lesiones que, en caso de no haber sido detectadas, no impactan ni la mortalidad específica ni la calidad de vida del paciente⁷. En cambio, como consecuencia del cribado aumenta el riesgo de complicaciones, o cuando menos de incomodidad, asociadas a las distintas pruebas diagnósticas que se utilizan en el mismo, como las biopsias múltiples y repetidas de próstata o mama. A su vez, este sobrediagnóstico lleva a un sobretratamiento de estas lesiones indolentes, con el consiguiente incremento del riesgo de complicaciones y efectos adversos poco deseables, como la impotencia o incontinencia urinaria. De hecho, la U.S. Preventive Services Task Force actualmente desaconseja el cribado para el cáncer de próstata, al menos cuando éste se basa en determinaciones de PSA⁸.

También es cierto que, para otros cánceres, en especial los de colon y cuello uterino, el cribado ha producido no solo una mayor detección precoz de tumores en fase inicial, sino una marcada disminución en la mortalidad específica por estos cánceres, atribuible a esa detección precoz⁷. El tema está, entonces, en saber qué cribados deben mantenerse, cuáles se deben modificar y cuáles sería mejor abandonar. Los avances en biología molecular del cáncer auguran que tendremos cada vez mejores métodos no solo para identificar cánceres en un estadio precoz sino para distinguirlos biológicamente según su potencial para progresar o no. Hasta ese momento, sin embargo, los programas de cribado deben centrarse en la detección de enfermedad con una alta probabilidad de causar daño y para la que

a Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL),
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

b The University of Texas School of Public Health, Houston, USA.

c Agencia de Salud Pública de Barcelona, España.

d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

e Instituto de Investigaciones Biomédicas (IIB-Sant Pau),
Barcelona, España.

Correspondencia:

Jordi Delclós George
George.Delclos@uth.tmc.edu

existe un tratamiento efectivo si se administra en una etapa inicial de la enfermedad, cambiando así el camino inexorable hacia la muerte, y aplicándolos a aquellas poblaciones con mayor riesgo de padecerla⁷. Por otro lado, se ha señalado que en los cribados oportunistas, como son los que se ofrecen en las revisiones médica de empresa, no se garantiza la calidad del proceso en su conjunto (detección, confirmación diagnóstica y tratamiento) y su impacto en salud es incierto.⁵

El segundo punto trata del papel del trabajador, como miembro de la población general, en todo el proceso de cribado. Sabemos que la medicina, hace tiempo ya, quiere alejarse del paternalismo, involucrando cada vez más al paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud. Se dice pronto, pero se profundiza poco en lo que esto implica. El consentimiento informado no es una simple hoja de papel que firma un trabajador/paciente dando permiso para que se le practique un examen médico, prueba o tratamiento. Es un *proceso* encaminado a dar valor real a la palabra *informado*, lo que implica establecer una relación en la que se le transmite clara, honestamente y sin intención de manipular (consciente o inconscientemente), el estado de conocimiento (o desconocimiento), beneficios, riesgos, resultado probable y secuelas posibles de aceptar someterse a un cribado determinado. Una parte importante del problema es el estigma asociado a la palabra “cáncer” en nuestra sociedad, sinónimo de muerte inevitable⁷. Una vez pronunciada, es probable que el trabajador/paciente acepte sin cuestionar todo lo que se le proponga para evitar ese desenlace que ve como cierto. Sin embargo, la evidencia indica que el cáncer no es una única enfermedad, sino un término general que engloba distintas patologías, muchísima heterogeneidad y diversas historias naturales. No siempre se tiene que detectar precozmente, ni intervenir, ni será causa de muerte de la persona en el caso de un resultado positivo en el programa de detección. Por todo ello, al trabajador que potencialmente podría someterse al cribado no solo hay que hablarle en términos comprensibles, sino también proporcionarle información completa y verídica, sin tapujos, para que pueda participar realmente, con conocimiento, en esta decisión, como un miembro más del equipo de salud. Tras décadas de animar a la población desde el ámbito sanitario a la población a valerse de pruebas de diagnóstico precoz (no olvidemos el “más vale prevenir que curar”) es importante gestionar estas nuevas evidencias sin parecer inconsistentes o que no tenemos idea de lo que les aconsejamos. No es una tarea fácil, pero es necesaria y ética.

En 2012, el National Cancer Institute de los Estados Unidos convocó un taller para examinar el problema del sobrediagnóstico⁷. De esa reunión salieron una serie de recomendaciones, encaminadas a hacer un uso más racional del cribado para el cáncer, que conviene mencionar. Entre ellas:

- Tanto los médicos, como los pacientes y la población

general deben saber que el sobrediagnóstico es frecuente, sobre todo en el contexto de los programas de cribado para el cáncer.

- Convendría cambiar o evitar el uso de la palabra “cáncer” cuando estamos describiendo lesiones premalignas o de baja malignidad y son objeto del cribado. Dado el uso extenso de esta palabra, esto requiere un esfuerzo multidisciplinar que no solo incluye a los profesionales de la salud, sino también a los medios informáticos y al público en general.

- Deben crearse sistemas de vigilancia expectativa para las lesiones de bajo potencial de malignidad.

- Deben establecerse estrategias para mitigar el sobrediagnóstico, mediante la reducción de pruebas diagnósticas de bajo valor predictivo, la frecuencia y periodicidad de los cribados, la limitación del cribado a las poblaciones de mayor riesgo, y elevando el umbral para la realización de pruebas más invasivas como las biopsias, entre otros.

- Habría que ampliar las oportunidades para limitar la progresión del cáncer, incluyendo el control de las situaciones que favorecen la aparición de lesiones tanto precancerosas como cancerosas.

Por último, en tercer lugar, deberíamos debatir cuál es la función de los servicios de prevención o salud laboral a la hora de ofrecer programas de cribado para patologías que claramente no son causadas por el lugar de trabajo. Pensamos que estos programas no nos eximen ni deben servir de excusa para circunvalar nuestra responsabilidad principal en salud laboral: la protección del trabajador de los riesgos laborales. Hay empresas que están encantadas, y es políticamente correcto, y considerado con frecuencia como un valor añadido por parte de la población trabajadora y los agentes sociales, de hacer promoción de la salud o políticas de conciliación, es decir, actuar sobre problemas de salud no relacionados con las exposiciones laborales, despistando la atención sobre lo que realmente debería ser su prioridad. ¿Cuál debe ser el papel de los servicios de prevención y de salud laboral en cuanto a la vigilancia del cáncer? ¿Debemos aprovechar nuestro acceso a una población “cautiva” que podría beneficiarse de tales programas? ¿Estamos duplicando lo que es responsabilidad de nuestro sistema de salud, anteponiendo el cribado oportunista al poblacional? ¿Nos complementamos, competimos o interferimos, a la vez que nos alejamos de nuestra responsabilidad principal? No debe olvidarse tampoco el coste de oportunidad, es decir, lo invertido en este tipo de programas, no se invierte en la prevención de riesgos laborales. Invitamos a los profesionales de la salud laboral a que se sumen al resto del contingente de la salud pública, así como a nuestros compañeros de la medicina clínica, en un diálogo encaminado a identificar oportunidades para lograr una prevención secundaria efectiva, sin por ello sacrificar el principio del *primum non nocere*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reinoso-Barbero L, Díaz-Garrido R, Piñaga-Solé M, Fernández-Fernández M, Belanger-Quintana D, Gómez-Gallego F. Cuatro años de seguimiento de un programa de cribado de cáncer de próstata en trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2013; 16(3): 125-9.
2. Castells X, Sala M, Salas D, Ascunce N, Zubizarreta R, Casamitjana M. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gac Sanit*. 2009; 23(3): 244-9.
3. Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *JAMA*. 2009; 302(15):1685-92.
4. Glasziou P, Moynihan R, Richard T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ*. 2013; 347:f4247.
5. Ascunce Elizaga N. En apoyo a la inversión en cribado. *Gac Sanit*. 2013; 27(4): 369-71.
6. Gérvas J, Pérez Fernández M. Cribados: una propuesta de racionalización. *Gac Sanit*. 2013; 27(4): 372-3.
7. Esserman L, Thompson IM, Reid B. Overdiagnosis and overtreatment in cancer. An opportunity for improvement. *JAMA*. 2013; 310(8): 797-8.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer. Current recommendation. [Accedido 13 septiembre 2013] Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm>.