

El sobrediagnóstico en medicina

Están surgiendo varias iniciativas que pretenden evitar la excesiva intervención a la hora de detectar, curar o paliar enfermedades

CARI ALMAZÁN, JOAN M. V. PONS Y TONI DEDEU

Cuando sentimos molestias o caemos enfermos, acudimos al médico en busca de una solución. Ante la necesidad de atención y curación de nuestras dolencias, tendemos a calificar la asistencia en función del número de pruebas que se nos solicita o la cantidad de recetas con la que abandonamos la consulta. Por otro lado, convivimos con mensajes publicitarios que nos alertan sobre enfermedades que podríamos padecer en el futuro. Para anticiparnos al riesgo de sufrir estas patologías, se nos invita a hacernos pruebas de diagnóstico precoz. Asimismo, antiguos o nuevos trastornos se convierten en enfermedades para las que surgen nuevos fármacos y tratamientos.

Como consecuencia de estos y otros factores, parecemos dirigirnos a una sociedad donde el número excesivo de pruebas y tratamientos podría causar más perjuicios que beneficios en términos de salud y de utilización de los recursos de los sistemas sanitarios. Para frenar esta tendencia, cada vez más los profesionales de la sanidad —e incluso de otras disciplinas, como la sociología o la economía— advierten sobre los problemas que de ella se derivan y reclaman la aplicación de una mayor racionalidad en la toma de decisiones.

¿Qué se entiende por sobrediagnóstico?

El término se conoce desde hace varias décadas, pero durante los últimos años su estudio y debate están cobrando auge. Se trata de un concepto todavía ambivalente que puede tener diversas interpretaciones. En su versión más aceptada, corresponde a la detección de una enfermedad que no ocasionará síntomas a lo largo de la vida de una persona, ni tampoco su fallecimiento, y cuyo tratamiento no aportará ningún beneficio; al contrario, provocará daños y costes.

Existen numerosos factores, de tipo cultural, económico y social, que influyen en la aparición y el incremento de los casos de sobrediagnóstico. Este puede ser estimulado por la oferta de los sistemas de salud y las organizaciones sanita-

rias, la prescripción de los profesionales y las propias exigencias y demandas de los pacientes y la ciudadanía. Podemos analizar la problemática desde tres ejes: los programas de cribado o detección precoz de enfermedades; la promoción comercial de enfermedades «inventadas» (*disease mongering*); y, por último, la precisión cada vez mayor de las pruebas diagnósticas, que conlleva un incremento de incidentalomas (detección fortuita de alteraciones que no se buscaban y cuya historia natural se desconoce) y la consiguiente cascada diagnóstica y terapéutica en el paciente.

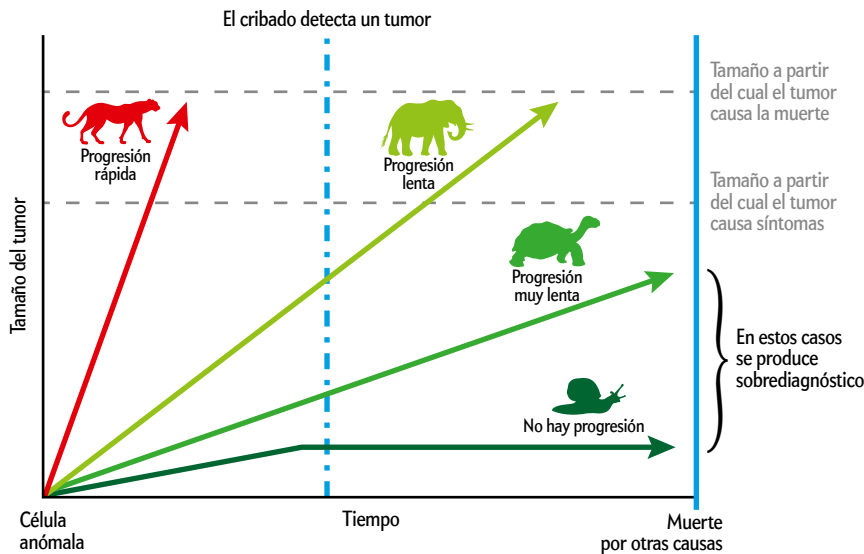
Ejemplos conocidos de sobrediagnóstico se producen durante los programas de cribado o detección en la población general, que pretenden identificar posibles enfermedades, como tumores, en estadios precoces. De esta manera, los cribados poblacionales de cáncer de próstata mediante el análisis de los niveles de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), del cáncer de mama o el diagnóstico prenatal con ecografía levantan una gran controversia científica y social respecto al equilibrio entre los potenciales riesgos y beneficios de dichos programas.

El sobrediagnóstico también está relacionado con el concepto de promoción comercial de «nuevas enfermedades». Cada vez resulta más habitual que los medios de comunicación se hagan eco de trastornos prácticamente inofensivos y falsas dolencias que afectan a personas sanas. Aparecen así noticias y anuncios acerca de la supuesta disfunción sexual femenina, la timidez que se transforma en fobia social, la tristeza que se convierte en depresión, o el síndrome posvacacional, por poner algunos ejemplos. En definitiva, una casuística donde simples molestias o trastornos personales son elevados a la categoría de enfermedades o problemas de salud para los cuales, obviamente, suele prescribirse algún remedio farmacológico cuya efectividad, ante la subjetividad de los síntomas, suele ser más que dudosa. Tampoco deben olvidarse los efectos que

pueden provocar la reducción progresiva de los umbrales diagnósticos en problemas o patologías de tipo crónico (como la hipertensión, la diabetes o la hipercolesterolemia). Tales modificaciones llevan a que personas hasta ahora consideradas sanas y asintomáticas se vean inmersas en tratamientos innecesarios que seguramente les provoquen más daños que beneficios, cuando unos pocos cambios en el estilo de vida podrían reducir los riesgos sustancialmente.

Todo ello no pasaría de ser una simple anécdota si no fuese porque las intervenciones sanitarias para diagnosticar, curar o paliar los problemas de salud —imprescindibles cuando están correctamente indicadas— comportan riesgos y efectos adversos. En concreto, conviene evaluar en cada caso la idoneidad de las pruebas diagnósticas por la imagen como la radiografía, la mamografía o la tomografía axial computarizada (TAC). Un profesional sanitario, cuando las prescribe, debe valorar qué información le aportan y la utilidad de estas ante el manejo clínico del paciente. Creer que resultan en su mayoría inocuas constituye un grave error conceptual. Con ellas se corre el riesgo de incrementar el número de resultados falsos positivos, lo que obliga a realizar más pruebas e iniciar tratamientos prescindibles, con la consiguiente angustia y ansiedad que ello genera en el paciente. Además, las pruebas de imagen radiológicas someten nuestro organismo a radiaciones que se acumulan a lo largo de los años en nuestros tejidos.

Ante tal situación, existe la necesidad imperativa de definir un nuevo modelo asistencial que aborde, con mayor información, sensibilización y diálogo con el paciente, la gestión de la incertidumbre y los riesgos, tanto de las propias enfermedades como de las intervenciones sanitarias. También será preciso realizar nuevos estudios que aporten más datos no solo sobre la eficacia y la seguridad de las intervenciones, sino también sobre los beneficios que supone no sobrediagnosticar y no tratar determinadas enfermedades.



EL SOBREDIAGNÓSTICO se produce cuando durante los programas de cribado se detectan tumores que no progresarán o lo harán lentamente, de tal modo que nunca llegarán a provocar problemas médicos.

Todo ello contando con la opinión, las preferencias y los valores de los pacientes en la decisión final.

¿Qué hacer ante el sobrediagnóstico?

La comunidad científica se ha puesto en marcha para intentar avanzar en el conocimiento de esta problemática cada vez más frecuente. Prestigiosas revistas científicas, como el *Journal of the American Medical Association* y el *British Medical Journal*, vienen desde hace algún tiempo dedicando secciones específicas al problema del sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

Hace cuatro años se celebró la primera Conferencia Internacional sobre Prevención del Sobrediagnóstico, que anualmente reúne a varios centenares de profesionales de la salud, gestores, epidemiólogos o expertos en bioética, entre otros perfiles. Precisamente la cuarta edición de este congreso tuvo lugar el pasado mes de septiembre en Barcelona, donde los asistentes debatieron aspectos relacionados con el sobrediagnóstico desde vertientes como el envejecimiento, la genómica, los macrodatos (*big data*), el impacto económico, las reflexiones éticas, la delgada línea que existe entre la salud y la enfermedad y diversas experiencias sobre estrategias para reducir los efectos del sobrediagnóstico.

Asimismo, la reunión sirvió para atisbar las líneas futuras que puede seguir la

medicina como ciencia y disciplina. Interesante fue la propuesta presentada por el Servicio Nacional de Salud en Escocia, que aboga por un modelo de atención conocida como «medicina realista». Tal estrategia, también denominada «medicina razonable» por algunos autores, propugna una nueva práctica asistencial que personalice la atención del paciente. Para ello se necesita pasar de una actitud paternalista a otra colaborativa, basada en las decisiones compartidas entre profesionales y pacientes. Esta visión también propone reducir las prácticas clínicas innecesarias y mitigar las variaciones en la atención y los resultados. Tiene por objetivo evitar posibles daños a los pacientes, favorecer una mejor gestión de los riesgos, contener el despilfarro presupuestario y potenciar el papel de los profesionales sanitarios como líderes de innovación y mejoras asistenciales.

¿Se está avanzando más allá del plano teórico?

Para evitar las prácticas clínicas de escaso valor, desde hace unos años están surgiendo varias iniciativas, como las *Do not do recommendations* («Recomendaciones de no hacer»), del Instituto Nacional de la Excelencia Clínica del Reino Unido, o *Choosing wisely* («Decidir sabiamente»), de la Junta Americana de Medicina Interna. A escala más local, cabe destacar también el proyecto *Essencial*, del Departamento de Salud de Cataluña, que cuen-

ta con la participación de las sociedades científicas catalanas, así como las recomendaciones de «no hacer» promovidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. A partir de aquí, el siguiente paso consistirá en implementar esas recomendaciones a la práctica diaria, algo que el proyecto *Essencial* ya está consiguiendo con la realización de un programa piloto en el que están colaborando y participando más de un centenar de equipos de atención primaria del ámbito catalán.

Por último, no cabe duda de que será necesaria una mayor concienciación y sensibilización por parte de todos los agentes de los sistemas de salud y del conjunto de la sociedad para limitar el impacto negativo que el sobrediagnóstico y el sobretratamiento puedan causar sobre la salud de la ciudadanía y la sostenibilidad de nuestros sistemas de salud.

—Cari Almazán,

—Joan M. V. Pons

—Toni Dedeu

Agencia de Calidad y Evaluación
Sanitarias de Cataluña
Departamento de Salud
Generalitat de Cataluña

PARA SABER MÁS

De la parsimonia en medicina. J. M. Pons y J. M. Argimon en *Medicina Clínica*, vol. 141, n.º 9, págs. 387-389, 2013.

Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. I. Heath en *British Medical Journal*, vol. 349, págs. g6123, 24 de octubre de 2014.

Preventing overdiagnosis: The myth, the music, and the medical meeting. R. Moynihan en *British Medical Journal*, vol. 350, pág. h1370, 18 de marzo de 2015.

Realistic medicine. Informe anual del director médico, 2014-2015. Servicio Nacional de Salud en Escocia. Gobierno de Escocia, 2016. www.gov.scot/Resource/0049/00492520.pdf
Proyecto *Essencial* <http://essencial.salut.gencat.cat/es/index.html>

EN NUESTRO ARCHIVO

Detección del cáncer. John A. Paulos en *lyC*, marzo de 2012.

El debate del cáncer de próstata. Marc B. Garnick en *lyC*, abril de 2012.

Los riesgos de las mamografías. Alexandra Barratt en *lyC*, febrero de 2016.

SUSCRÍBETE a Investigación y Ciencia...



Ventajas para los suscriptores:

- **Envío** puntual a domicilio
- **Ahorro** sobre el precio de portada
~~82,80 €~~ 75 € por un año (12 ejemplares)
~~165,60 €~~ 140 € por dos años (24 ejemplares)
- **Acceso gratuito** a la edición digital de los números incluidos en la suscripción (artículos en pdf)

... y recibe gratis 2 números de la colección TEMAS



www.investigacionyciencia.es/suscripciones

Teléfono: +34 934 143 344