



EDITORIAL semFYC

Sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan



Overdiagnosis, when people receive a diagnosis they do not need

El pasado mes de septiembre se celebró en Barcelona «The 4th International Conference on Preventing Overdiagnosis», auspiciada por la Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitaria de Catalunya (AQuAs), en coordinación con la Universidad de Oxford, y en la que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), participó como sociedad científica colaboradora. Reducir las situaciones de sobrediagnóstico y de sobretratamiento para mejorar la práctica clínica ha sido el tema central del congreso^{1,2}.

El término sobrediagnóstico se define como el diagnóstico de una enfermedad que no ocasionará síntomas a lo largo de la vida de una persona y que, en cambio, el tratamiento y el seguimiento para tratar esta enfermedad ocasionaran daños y costes, sin aportar ningún beneficio. Incidir en que no es debido a un error diagnóstico, o a un falso positivo, sino a las consecuencias que dicho diagnóstico conlleva, como son los efectos negativos de las etiquetas clínicas innecesarias, la iatrogenia producida por pruebas diagnósticas, la consecución de terapias innecesarias (desde cirugía a fármacos) y el inadecuado consumo de recursos³.

Es necesaria la reflexión, ya iniciada hace un tiempo, sobre los programas de cribado que detectan algunos cánceres en estadios precoces, que nunca ocasionarán síntomas ni la muerte del paciente, o sobre las pruebas diagnósticas, cada vez más sensibles, que identifican anomalías tan mínimas que permanecerán benignas (incidentalomas)⁴. Y, por otro lado, es preocupante la continua reducción de los umbrales diagnósticos que puede llevar a que personas sanas y asintomáticas sean clasificadas como enfermas, y en consecuencia recibir un tratamiento que, además de innecesario, les puede ocasionar más riesgos que beneficios⁵.

La preocupación por el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, así como sus implicaciones tanto desde la iatrogenia como desde el aspecto económico, ha impulsado a sociedades científicas e instituciones sanitarias a elaborar recomendaciones que ayuden a evitar las prácticas clínicas de poco valor.

El concepto de sobrediagnóstico fue descrito inicialmente en relación con el cribado del cáncer, y se popularizó el año 2011 con la publicación del libro *Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health*⁶. Actualmente, el interés que suscita este tema se aborda en publicaciones científicas de prestigio como el *BMJ*, en la sección «Too much medicine»⁷ o en la revista *JAMA*, en la sección «Less is more»⁸, así como con la celebración de congresos específicos como la «Preventing Overdiagnosis Conference».

Las sociedades científicas o instituciones sanitarias han puesto en marcha algunas iniciativas como la campaña «Choosing Wisely»⁹, creada por la Fundación de la Junta Americana de Medicina Interna (ABIM), y con el apoyo de la American Academy of Family Physicians, entre otras sociedades médicas, y a la que se han incorporado más de una decena de sociedades anglosajonas.

En nuestro ámbito conviene destacar 2 iniciativas paralelas, y con una trayectoria que comenzó en el 2013. Se trata del Proyecto Esencial del AQuAs¹⁰, y las «recomendaciones No Hacer»¹¹ de la semFYC. Ambas elaboran recomendaciones para evitar prácticas clínicas de poco valor clínico para los pacientes, y minimizar el impacto del sobrediagnóstico.

En la 4.ª edición de la «International Preventing Overdiagnosis Conference» se ha profundizado en perspectivas más amplias sobre el exceso de diagnóstico. En las ponencias se han planteado diversos retos a considerar como el impacto económico, social y ético del sobrediagnóstico, y se ha ahondado en las posibles causas, elementos facilitadores y consecuencias¹².

Se han tratado temas novedosos y específicos como el papel de los avances en genómica, la aparición de los «portadores de genes» de enfermedades, como las cardíacas o la demencia, entre otras, o de posibles enfermedades oncológicas como el cáncer de mama, y el posible impacto en el sobrediagnóstico. Ha habido una consideración especial para cuestiones relacionadas con el sobrediagnóstico y el envejecimiento, y el alto riesgo de iatrogenia en esta población.

Y sin olvidar la delgada línea entre la salud y la enfermedad, se viene observando con preocupación cómo pequeños cambios en los límites de las definiciones de enfermedad implican que grandes proporciones de población pasen a ser etiquetadas como enfermas.

Las numerosas experiencias de investigación que se presentaron, procedentes de todas las partes del mundo, han reflejado la preocupación global por el llamado «Medical Overuse». Concepto que engloba el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, y que se traduce como la provisión de servicios clínicos cuando los riesgos de causar efectos indeseables exceden a los de sus beneficios, cuando las mejoras que se pueden aportar son inapreciables o cuando se cree que los pacientes rechazarían la actuación si estuvieran bien informados.

El uso inadecuado de la tecnología, el consumo desproporcionado de medicamentos, la ampliación de las definiciones de enfermedad, las políticas públicas de prevención, las demandas y las creencias de los pacientes, las conductas de los profesionales con dificultades en el manejo de la incertidumbre, son problemáticas comunes y extendidas. Los participantes, en la defensa de sus proyectos de investigación, han presentado iniciativas que aportan luz a este fenómeno, y que pueden ayudar a prevenir el sobrediagnóstico¹³.

La semFYC ha colaborado en las sesiones de comunicaciones orales, así como en la presentación de las *recomendaciones «No Hacer»*. Desde la semFYC se ha dado a conocer esta iniciativa en la que se ponen en relieve algunas pruebas diagnósticas y tratamientos que no están justificados realizar, en la práctica clínica habitual de la atención primaria, en base a criterios de eficacia, seguridad y coste. Estas recomendaciones identifican prácticas de poco valor que pueden ayudar a los profesionales a adoptar estrategias clínicas en la que dejen de realizar pruebas diagnósticas innecesarias y/o eviten la prescripción de medicamentos inadecuados¹⁴⁻¹⁶.

Y ahora, ¿qué?

Después de este congreso los retos continúan. Sigue siendo necesario estimar la frecuencia del sobrediagnóstico, así como reducir el impacto sobre los pacientes, y sobre la sociedad en general, pero sin perder de vista la protección de la relación médico-paciente en el aspecto de la confianza. Por ello es necesario implementar estrategias de comunicación clínica que ayuden a minimizar los daños que las situaciones del exceso de diagnósticos puedan ocasionar. Las decisiones clínicas deben ser de 2, y los profesionales deben promover la implicación de las personas (sanas o enfermas) en el proceso de la toma compartida de decisiones en relación a pruebas diagnósticas a realizar o tratamientos a seguir.

Iniciativas como la toma compartida de decisiones, o la medicina realista, nos aproximan a los pacientes. Es necesario realizar una atención personalizada, practicar una medicina centrada en el consultante y, en la comunidad, compartir la información con los pacientes haciéndoles partícipes de las decisiones a tomar, así como de las conductas diagnósticas o terapéuticas a seguir, y siempre en base a sus prioridades¹⁷.

A nivel individual, sin ninguna duda, reduciremos la iatrogenia y las prácticas de poco valor, y a nivel general contribuiremos a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Bibliografía

1. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
2. http://www.preventingoverdiagnosis.net/documents/2016_PODC_Brochure.pdf
3. McCaffery K, Jansen J, Scherer L, Thornton H, Hersch J, Carter S, et al. Walking the tightrope: Communicating overdiagnosis in modern healthcare. *BMJ*. 2016;352:i348.
4. Segura A. Prevención, iatrogenia y salud pública. *Gac Sanit*. 2014;28:181-2.
5. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.
6. <http://www.beacon.org/Overdiagnosed-P925.aspx>
7. <http://www.bmj.com/too-much-medicine>
8. <http://jamanetwork.com/collections/6017/less-is-more>
9. <http://www.choosingwisely.org/>
10. <http://essentialsalut.gencat.cat/ca/>
11. <https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/biblioteca-virtual/>
12. http://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=1293
13. http://www.preventingoverdiagnosis.net/documents/Abstracts_2016.pdf
14. <https://www.semfy.com/biblioteca/doc-33-recomendaciones-no-hacer/>
15. <https://www.semfy.com/biblioteca/doc-33b-recomendaciones-no-hacer-2a-parte/>
16. <https://www.semfy.com/biblioteca/15-recomendaciones-de-no-hacer-en-urgencias/>
17. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1361-7.

Remedios Martín Álvarez^a y
Salvador Tranche Iparraguirre^{b,*}

^a Sección de investigación de la semFYC
^b Presidente de la semFYC

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rmartin@semfy.com
(Remedios Martín Álvarez).