



EDITORIAL

Los médicos de familia y el sobrediagnóstico: el reto de elegir sabiamente



Family doctors and overdiagnosis: The challenge of choosing wisely

Gisela Galindo^{a,*}, Remedios Martín^b y Salvador Tranche^c

^a Vicepresidenta y responsable de la Sección de Socios de la semFYC

^b Responsable de la Sección de Investigación de la semFYC

^c Presidente de la semFYC

Recibido el 26 de septiembre de 2018; aceptado el 27 de septiembre de 2018

Érase una vez un lugar donde se producían grandes avances en medicina y técnicas diagnósticas, y nuevos y más tratamientos. Debido a ello, toda la población llegó a creer que iba a vivir eternamente... ¿Toda? ¡No! Una aldea poblada por irreductibles «galenos» resiste todavía y siempre al invasor...

Empezamos con un párrafo que remeda el inicio de los cómics de Asterix¹, que muchos recordamos, donde los héroes-antihéroes resistían a los invasores gracias a su valor y una poción mágica. Quizás necesitemos mucho valor y un poco de magia para elegir sabiamente entre tantos *inputs* y tanta información científica difícil de abarcar. La investigación biomédica ha producido importantes resultados en términos de riqueza económica, salud y progreso social. Hemos asistido, en el último siglo, a un aumento de la esperanza de vida que nuestros abuelos no se hubieran podido imaginar. Los avances diagnósticos y terapéuticos, así como el aumento de la esperanza de vida, han impresionado a la

sociedad en general y se ha ido generando una cultura donde se sobrevalora el intervencionismo médico, la tecnología y las posibilidades, a menudo infundadas, de la medicina y la prevención^{2,3}. Demasiada medicina, demasiada prevención, demasiada preocupación por la salud y miedo a envejecer incentivan el sobrediagnóstico y el sobretratamiento y, por tanto, también los daños que se derivan de ello. Daños que, por otro lado, se infravaloran, pues existe una tendencia de los profesionales y ciudadanos a sobrestimar los beneficios y subestimar los riesgos de las tecnologías médicas y de las intervenciones sanitarias^{2,4}.

El sobrediagnóstico no es un problema de error diagnóstico, sino de pronóstico. Se produce cuando se identifican anomalías que no causarían daños, aunque existan, o medicalizando problemas de la vida al expandir la definición de enfermedades, reduciendo los umbrales diagnósticos³⁻⁶, o definiendo como enfermedades lo que son consecuencias de problemas sociales (pobreza, duelo, desarraigo, soledad, etc.). Al poner un diagnóstico, se deja de intervenir sobre sus causas reales y se buscan soluciones en una medicina que no las puede dar. Iona Heath dijo en 2013 que se había creado una epidemia de enfermedad sin síntomas, definida solo por alteraciones de la biometría⁷. A la vez que diagnosticamos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ggalindoo@semfyc.es (G. Galindo).

enfermedades con base en mínimas variaciones de la normalidad, olvidamos que los determinantes sociales y culturales son los que causan más enfermedad. En definitiva, hablando de salud hace tiempo que se viene diciendo que «el código postal es más importante que el código genético»^{8,9}.

La prevención tampoco es inocua: los cribados pueden etiquetar erróneamente a la población como «paciente», convirtiéndola en candidata estadística a sufrir daños sin esperar beneficios². Diagnosticamos antes, sí, y más, de manera que cada vez más personas sanas se incluyen dentro de un diagnóstico. De esta forma, al ampliar las definiciones de enfermedad y disminuir los umbrales para intervenciones preventivas se crea la ilusión de mejorar los resultados poblacionales, mientras que los resultados para las personas afectadas son los mismos⁷. La población en general está dispuesta a someterse a pruebas, exploraciones, intervenciones, tratamientos o recomendaciones pues no suele estar informada de sus potenciales efectos nocivos, ni sabe que estos aumentan al aumentar el número de expuestos². Y esto es una consecuencia de esta ilusión de mejores resultados, que se atribuye a un diagnóstico precoz, y a un tratamiento precoz con sus efectos indeseables¹⁰, de problemas que nunca hubieran llegado a comenzar.

El peligro del sobrediagnóstico atañe a los pacientes, a la salud pública² y a los sistemas sanitarios. Cada vez que se amplía un diagnóstico, la atención y los recursos son inevitablemente redirigidos, y los costes crecen desequilibrando los sistemas de salud basados en la solidaridad social⁷.

El sobrediagnóstico tiene una dimensión social y actualmente se está introduciendo el concepto de extradiagnóstico para referirse al individuo. Este término ha sido presentado por el Dr. Juan Pablo Brito en el ACM Symposium on Principles of Distributed Computing (PODC 2018). El extradiagnóstico es el proceso por el cual el problema de una persona se investiga excediendo lo que sería apropiado de acuerdo con el contexto biológico y preferencias de la persona¹¹. Si el sobrediagnóstico es un problema que incumbe a la población y precisa de soluciones políticas, el extradiagnóstico incumbe al paciente y precisa de la toma de decisiones compartidas¹².

Se considera que un 10% de los resultados de salud de la población son atribuibles al sistema sanitario, mientras que los factores sociales, económicos, ambientales y culturales pueden llegar al 70%. Esto indica que los problemas de salud pública que subyacen necesitan recibir más atención de lo que lo hacen actualmente¹³. Así pues, y en pro de la salud de la población, hay que ir evolucionando de un modelo sanitario basado en la biomedicina a otro más social e ir generando cambios en las prioridades de financiación hacia los determinantes sociales, conductuales y ambientales de la salud¹³. Hoy en día ya se dispone de evidencias sobre intervenciones sanitarias, medicamentos y tecnologías que no han demostrado ser efectivas o cuya relación beneficio-riesgo no es adecuada. Si queremos minimizar el riesgo a nuestros pacientes habrá que detectarlas³, dejar de gastar innecesariamente en ellas y reinvertir en otras intervenciones con más capacidad de generar salud y equidad.

En julio de este año 2018, la NESTA, fundación para la innovación en el Reino Unido, ha publicado un informe titulado: «La burbuja biomédica: por qué la investigación y la innovación en Reino Unido necesita una más amplia diversidad de prioridades, políticas, localizaciones y personas»¹⁴.

Proponen promover una mayor conciencia pública y un debate social sobre determinantes y necesidades en salud que sea realista respecto a los resultados en investigación biomédica y los daños que se derivan si se hace un uso indiscriminado.

Como médicos de familia y miembros de la semFYC, creemos que es muy importante que aportemos nuestra orientación holística y comunitaria para que, trabajando tanto individual como colectivamente como sociedad científica, con las autoridades sanitarias, los pacientes y los otros especialistas, progrese hacia un cambio de paradigma: hacia una medicina más social, centrada en las personas y mínimamente disruptiva.

Seguimos necesitando mucho valor, un poco de magia, pero sobre todo mucho conocimiento y sentido común para elegir «sabiamente». Este monográfico quiere ser una apuesta por generar conocimiento para disminuir progresivamente el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, e incidir sobre conceptos de medicina mínimamente invasiva y de toma de decisiones compartidas.

Bibliografía

1. Goscini R, Uderzo A. Astérix, el Galo. Barcelona: Editorial Bruño; 1976.
2. Iatrogenia: análisis, control y prevención. Documento del grupo de trabajo SESPAS-OMC sobre iatrogenia, 22 de junio del 2017.
3. The Nordic Federation of General Practice (NFGP). Position paper: Overdiagnosis and related medical excess. 2016. Disponible en: http://www.nfgp.org/files/8/position_paper_overdiagnosis.pdf.
4. Hoffmann TC, del Mar C. Clinician's expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. *JAMA Int Med.* 2017;177:407-19, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8254>.
5. Martín R, Tranche S. Sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan. *Aten Primaria.* 2016;48:619-20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.001>.
6. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ.* 2012;344, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3502>, ppe3502.
7. Heath I. Overdiagnosis: When good intentions meet vested interests —an essay by Iona Heath. *BMJ.* 2013;347, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6361>, f6361.
8. Robert Wood Johnson Foundation. Health care's blind side. The overlooked connection between social needs and good health [consultado 22 Aug 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/WLQWpb>.
9. Cofiño R. Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria.* 2013;45:127-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.001>.
10. Segura A. Prevención, iatrogenia y salud pública. *Gac Sanit.* 2014;28:181-2.
11. Re-check. At #PODC2018 Juan Pablo Brito @doctorjuanpa introduces #Extradiagnosis as the process by which a person problem is investigated exceeding what would have been appropriate according to persons biology context and preferences #overdiagnosis. <https://twitter.com/RecheckHealth/status/1031548773443493888>. 2018 august 20 [consultado 20 Ago 2018. [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/RecheckHealth>.
12. Victor Montori, So #overdiagnosis happens to populations and calls for policy solutions; #extradiagnosis happens to patients and calls for #shareddecisionmaking. @KerUnit.

- <https://twitter.com/vmontori/status/1031579509374545920>. 2018 august 20 [consultado 20 Ago 2018]. [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/vmontori/status/1031579509374545920>.
13. UK life science research: Time to burst the biomedical bubble. *The Lancet*. 2018;392. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31609-X.
 14. Jones R, Wilsdon J. The biomedical bubble. Why UK Research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people [Internet]. NESTA. 2018 [consultado 19 Aug 2018]. Disponible en <https://www.nesta.org.uk/report/biomedical-bubble/>.