

# Comentario Editorial: El sobrediagnóstico y los problemas de la medicina preventiva

## Overdiagnosis and the problems of preventive medicine

Alberto Velázquez\*

Cada día suenan con más fuerza las campanas del sobrediagnóstico y el sobretratamiento en la medicina. Mucho de lo que pensábamos acerca de rastrear enfermedades como el cáncer de próstata, mama, piel, tiroides y pulmón se está desvaneciendo, ya que a muchas personas a quienes creemos estar curando, en realidad sólo están recibiendo en un diagnóstico que no les mejorará su expectativa de vida<sup>1,2</sup>.

La problemática del diagnóstico de cánceres de crecimiento lento que no alteran la mortalidad viene estudiándose desde hace mucho tiempo y comenzó a cobrar visibilidad en los últimos años, especialmente para quienes dedicamos gran parte de nuestro tiempo asistencial a tareas vinculadas con la prevención, lo que nos puso en alerta respecto de la posible repercusión de nuestras conductas cotidianas<sup>3</sup>.

### Un epidemia de "pre"-condiciones clínicas

A lo largo de las últimas décadas los rótulos de enfermedad se fueron ampliando y fueron apareciendo algunas condiciones pre-clínicas como la pre-diabetes (intolerancia a la glucosa o elevación de la glucosa en ayunas sin que se cumplan los criterios diagnósticos de diabetes), la pre-hipertensión (valores que en el pasado correspondían a personas con presión "normal-alta"), y la pre-demencia (hoy denominado deterioro cognitivo mínimo). El corrimiento de los puntos de corte ha conducido a que mucha gente que quizás nunca se enferme clínicamente, reciba el "diagnóstico" de alguna de estas nuevas entidades nosológicas<sup>4</sup>.

Como ejemplo, podemos mencionar la reciente publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)<sup>5</sup>, que amplió el alcance de los trastornos límites de la personalidad (en inglés: "borderline") para incluir precursores como el "síndrome de riesgo de psicosis" y "el deterioro cognitivo leve".

Por otro lado, cada vez toma más difusión el concepto de "espectro", que se utiliza para ampliar algunas categorías que antes correspondían puramente a entidades nosológicas definidas como el autismo, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la esquizofrenia. Estos diagnósticos que tenían una delimitación más clara han dado lugar a sendos espectros: los trastornos del espectro autista, bipolar, TOC y esquizofrénico. Cabe destacar que para ser clasificado dentro de tal o cual espectro las exigencias diagnósticas son mucho menos rígidas, ya que sólo se requiere que el paciente tenga algunos rasgos que hagan pensar que puede beneficiarse de cierto abordaje terapéutico, fundamentalmente farmacológico. Además de las mencionadas previamente, hay otras propuestas diagnósticas nuevas como el trastorno hipersexual, el síndrome de las piernas inquietas y el trastorno por atracones, que también pueden conducir a que más cantidad de gente reciba medicación<sup>6,7,8</sup>.

Por otro lado, el avance tecnológico permite detectar condiciones subclínicas que antes pasaban inadvertidas. Por ejemplo, hoy podemos documentar microembolismos de pulmón asintomáticos o cánceres de pulmón que nunca habrían sido detectados<sup>9</sup>.

Todo lo diagnosticado y rotulado redundando en acciones no exentas de riesgo para los pacientes como la puesta en práctica de otros procedimientos diagnósticos invasivos, el ofrecimiento y/o la implementación de tratamientos médicos y/o quirúrgicos, el riesgo de desarrollo de efectos adversos, el etiquetamiento y la estigmatización. Dicho de otro modo, demasiada morbilidad (y algo de mortalidad) promovida por el sistema de salud.

### Identificar las causas y desarrollar soluciones

En Estados Unidos un grupo de trabajo convocado por el Instituto Nacional del Cáncer manifestó que "...el sobrediagnóstico es común y ocurre con mayor frecuencia a medida que se favorece el rastreo del cáncer...", y recomendó que la población reciba mensajes que incluyan información completa sobre los potenciales beneficios y riesgos de las intervenciones médicas "preventivas" para que puedan tomar decisiones con autonomía. Vale destacar que existe evidencia de que menos del 10% de los pacientes considera que ha recibido información completa sobre los riesgos de sobrediagnóstico y sobretratamiento cuando se les ofreció alguna maniobra de rastreo de cáncer<sup>10</sup>.

Por otro lado y luego de más de 150 ponencias y pósters científicos, y la asistencia de más de 320 personas de casi 30 países (Argentina estuvo representada por el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria el Hospital Italiano de Buenos Aires), la Conferencia de Prevención de sobrediagnóstico 2013 (Darmouth, Estados Unidos) identificó varias prioridades estratégicas que se resumen a continuación:

- Educar a los profesionales de la salud y a los estudiantes de Ciencias de la Salud.
- Comunicar la problemática del sobrediagnóstico a la población general.
- Desalentar los incentivos que sistemáticamente transforman a las personas en pacientes (p. ej. la ampliación de los límites de la enfermedad).
- Rediscutir la forma en que las enfermedades son definidas.

### Conclusiones

Para concluir, recordamos que el sobrediagnóstico tiene al menos tres graves implicancias éticas: 1) produce daños innecesarios por etiquetamiento; 2) conduce a tratamientos innecesarios (sobretratamiento), 3) destina recursos a situaciones que no necesitan intervención socavando los sistemas de salud basados en la solidaridad.

En este contexto ha aparecido una fuerte preocupación de cómo comunicar esta problemática a nuestros pacientes y a la población general sin que se sientan desprotegidos o abandonados, o bien piensen que estamos actuando en pos de cuidar el presupuesto de quien se tiene que hacer cargo de sus cuidados de salud. Probablemente, la estrategia de toma de decisiones compartidas incrementa su rol en nuestra práctica clínica, como lo tendría que haber tenido siempre.

Recibido el 20/04/14 y aceptado el 07/08/14.

### Referencias

1. Moynihan R. Science of overdiagnosis to be served up with a good dose of humility. *BMJ* 2013; 347:f5157.
2. Moynihan R y col. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012; 344:e3502
3. Esserman L y col. Overdiagnosis and overtreatment in cancer an opportunity for improvement. *JAMA* 2013; published online 29 Jul.
4. Moynihan R y col. Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States. 2013. *Plos Medicine* Published: August 13. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001500. Disponible en URL: <http://www.plosmedicine.org/article/doi/10.1371/journal.pmed.1001500&representation=PDF>

\* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Medicina del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. [alberto.velazquez@hiba.org.ar](mailto:alberto.velazquez@hiba.org.ar)