

OTROS

Conversando: sobrediagnóstico, sobretratamiento y recomendación de activos para la salud

[Ver en pdf](#)

Pilar Astier Peña. Centro de Salud de La Jota, Zaragoza. Servicio Aragonés de Salud. Grupo de Seguridad del paciente de la semFYC.

Carmen Belén Benedé Azagra. Centro de Salud Canal Imperial-Venecia. Zaragoza. Servicio Aragonés de Salud. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la SAMFYC. Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. Grupo de Investigación B21_17R. Gobierno de Aragón.

Remedios Martín Álvarez. Centro de Atención Primaria Vallcarca. Barcelona. Junta Permanente de la semFYC.

Aina Perelló Bratescu. Centro de Atención Primaria Larrard, Atenció Primària Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona. Grupo de Seguridad del Paciente de la semFYC. Grupo de Atención Domiciliaria de la CAMFIC.

Para contactar:

Carmen Belén Benedé Azagra. bbenede@gmail.com

En el **XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)**, «Con la familia y su comunidad», mostramos la importancia de la atención a las mismas y del continuo en los cuidados en Atención Primaria (AP), desde lo individual a lo colectivo. Una línea estratégica del congreso ofreció una mesa de actualización sobre sobrediagnóstico y sobretratamiento, preparada por cuatro médicas de Medicina de Familia y Comunitaria (Aina Perelló, Belén Benedé, Remedios Martín y Pilar Astier), para abordar el tema desde la perspectiva de la seguridad en el paciente, y la recomendación de activos (RA) para la salud.

Remedios: ¿En AP tenemos claro qué son el sobrediagnóstico y el sobretratamiento? ¿Qué podemos hacer y dejar de hacer para disminuirlos y mejorar la calidad asistencial?

Aina: Cuando un diagnóstico es innecesario, hablamos de sobrediagnóstico. Es un diagnóstico correcto, pero que no va a tener una repercusión positiva en el pronóstico del paciente¹. Es un diagnóstico inoportuno por precoz. Un sobrediagnóstico supone un error en el pronóstico: al paciente no le va a aportar ningún beneficio y va a recibir un tratamiento innecesario (sobretratamiento) que puede dañarlo. El hecho de asignar «una etiqueta» diagnóstica a un paciente tiene unas implicaciones pronósticas y también unas consecuencias éticas y sociales que debemos considerar: pérdida de autonomía, dependencia del sistema...

Belén: Poner etiquetas de enfermedad a acontecimientos vitales y a falsas enfermedades es, en ocasiones, un reflejo de la cultura sanitaria y de nuestra sociedad del «todo, aquí y ahora»². Es importante plantearnos que los diagnósticos pueden ser algo provisional, que precisan una mirada más amplia que la que tenemos solo en nuestra consulta y que necesitamos contar con la implicación de pacientes³.

Aina: El sobretratamiento también puede suceder ante un diagnóstico correcto y oportuno. Ocurre cuando se indica una intervención terapéutica, a pesar de que la relación entre beneficios y daños es desfavorable (por ejemplo, iniciar tratamiento farmacológico antes de promover cambios de estilo de vida).

Belén: No tener en cuenta en nuestra práctica los determinantes sociales de la salud, equidad, contexto o condiciones de vida de las personas que atendemos, ni sus capacidades, creencias o circunstancias hace que medicalicemos cuestiones que tendrían que tener otro abordaje². El sobrediagnóstico y el sobretratamiento nos llevan a una expropiación de la vida en la que las capacidades de las personas, las familias y la comunidad o el entorno se ven mermadas, y como consecuencia se disminuye su poder transformador⁴. Dejar de medicalizar la vida es luchar por la sostenibilidad del sistema³. Es actuar según principios de bioética², y hacer sostenible el sistema y la sociedad.

Aina: Hablemos de ética del sobrediagnóstico... entre el utilitarismo y la responsabilidad⁵. En AP el encuentro permite tomar decisiones compartidas y comprometidas con la persona de forma integral. La AP no es focal, sus profesionales tienen un profundo conocimiento de cómo los diagnósticos afectan a pacientes, sus familias, su entorno y el sistema sanitario, y deben manejar las consecuencias de los diagnósticos, pero deberían tener más influencia. Los pacientes y las asociaciones deberían ser centrales en el proceso. Las definiciones rígidas de enfermedades tendrían que ser sustituidas por «umbrales para la discusión» entre profesionales y pacientes, y también habría que promover acciones que ayudaran al cambio de prácticas innecesarias y facilitaran la implantación de recomendaciones de no hacer. Necesitamos una ética de la responsabilidad para abordar la complejidad del razonamiento moral: «El desafío no es solo demostrar que las ganancias superan las pérdidas, sino también mostrar cuidado y respeto para aquellos que pierden en las decisiones y reconocer aspectos que realmente importan a las personas»⁶.

Remedios: Si conocemos los factores que influyen en el sobrediagnóstico y el sobretratamiento y queremos ofrecer atención de calidad... ¿por qué seguimos haciéndolo igual?

Aina: Hay factores que los promueven. Empezando con el sistema sanitario, con la aplicación de guías que estimulan al mayor consumo de recursos, diagnósticos con criterios cada vez más estrictos o cribados con evidencia no demostrada. Los pacientes exigen pruebas diagnósticas por la falta de tolerancia a la incertidumbre, un problema que afecta también a los profesionales⁵. Nuestra sociedad potencia la medicalización de los problemas diarios.

Por último, los profesionales no conocemos muchas veces el rendimiento de las pruebas diagnósticas que pedimos y a menudo practicamos la «medicina del descarte», pidiendo pruebas «por hacer algo»^{7,8}.

Pilar: ¿Cómo minimizar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento?

Aina: Practicando la prevención cuaternaria, evitando el daño producido por actividades sanitarias innecesarias. Hemos de recordar que en medicina es más fácil revertir lo que se deja de hacer que lo que se hace en exceso⁹. Para conseguirlo, podemos actuar a tres niveles. En primer lugar, a nivel macro, con políticas de salud que no promuevan el *disease mongering* (invención de enfermedades) o evitando tratar problemas leves, convirtiendo riesgos en enfermedades. Iniciativas como la recomendación de «no hacer» nos ayudan a conocer prácticas que no aportan valor. Por otro lado, a nivel meso (organizaciones y equipos de AP) y micro (práctica clínica individual), hay que cambiar algo para obtener resultados diferentes: tenemos que tomar conciencia de las pruebas, acciones que realizamos cada día y no nos aportan valor, y dejar de hacerlo poco a poco. En este sentido, debemos tener en cuenta los factores que influyen en nuestra toma de decisiones, y tener presente la irracionalidad existente en la mayoría de ellas. Y también «no hacer» en lo comunitario².

Pilar: Cambiar estrategias... ¿Recomendación de activos para la salud? ¿Una acción desmedicalizadora que sumar en consulta?

Belén: Una herramienta más de la tecnología puntera de AP: respeto, escucha activa, entrevista e historia clínica contextualizada. La RA es la creación de mecanismos formales en AP que puedan proporcionar a ciertas personas alternativas no clínicas de atención que inciden sobre su salud^{2,10,11}. Nos permite recomendar, en el marco de una relación terapéutica, activos para la salud existentes en la comunidad. Nos recuerda la importancia de coordinarnos con otros sectores importantes en el bienestar, de los iguales, los no expertos... Los activos para la salud se mostrarían como recursos generales de resistencia para superar las dificultades frente a la desigualdad, y como esenciales para articular la búsqueda de capacidades y habilidades hacia lo que genera salud, mejora la estima y aumenta poder individual y colectivo; en consecuencia, menor dependencia del sistema sanitario^{10,11,12}. Hablamos de modelos capacitadores, ¿estamos preparados para ellos como sistema? ¿Cómo nos organizamos para lograrlo?

Remedios: ¿Tiene evidencia? ¿Funciona?

Belén: La evidencia emergente sugiere que la RA puede mejorar el bienestar de las personas. Se han realizado revisiones sistemáticas y hay evidencia de beneficios en bienestar emocional, salud física y un aumento del estilo de vida más saludable, al tiempo que se ve reducido el aislamiento y la soledad y mejora el uso de la AP y la atención secundaria. También se observó un aumento de autoestima, empoderamiento, satisfacción, sociabilidad, habilidades de comunicación y mejora de la red social, motivación y significado en la vida y optimismo sobre el futuro, y adquisición de aprendizajes, de nuevos intereses, de habilidades. Pero hay una variabilidad importante en la práctica. Esa heterogeneidad dificulta la generación de evidencia. Es importante conocer y comprender la diversidad y los procesos o contexto, y consensuar^{10, 11, 13,14}.

Remedios: ¿Necesitamos investigar?

Belén: Ciertamente para mejorar, pero como todo, por ejemplo, para identificar perfiles de pacientes y qué tipo de intervención es más adecuada². La mayoría de los trabajos son anglosajones, pero tenemos en nuestro entorno investigaciones interesantes o proyectos en curso^{10,15}. Estamos caminando, reflexionando, generando guías. Se han identificado en estudios de pilotaje perfiles de personas remitidas con mayor frecuencia: personas con problemas de salud mental, hiperfrecuentadoras, con dos o más patologías crónicas, socialmente aisladas o con fibromialgia. En otros estudios aparecen personas con ansiedad leve, padres o madres solteras con bajos ingresos. Los hallazgos cualitativos sugieren que los pacientes están satisfechos, y valoran el apoyo y confianza de la persona que le acoge en el activo recomendado o es su referente. Necesitamos más estudios sobre análisis de coste efectividad. Hay estudios positivos sobre la estimación del impacto económico en función del valor social de las intervenciones^{11, 13,14}. Que busquemos más evidencia y pruebas de efectividad no significa que la RA sea es ineficaz¹³.

Aina: Si enmarcamos la RA dentro de la práctica del sistema, es más probable que podamos realizar una evaluación más formal o investigar. Si creemos que es una oportunidad como otras herramientas para luchar contra la medicalización (grupos terapéuticos, acciones de deprescripción con educación para la salud...), precisará presupuesto. No puede servir solo para quedar bien. ¿Nos lo creemos? ¿Riesgos y perjuicios? ¿Seguridad del paciente en RA?

Belén: ¡Es el temazo del momento! Pero es algo antiguo que siempre hemos hecho. Ha ganado popularidad ante la creciente demanda de servicios, población envejecida, necesidad de abordaje conjunto sobre determinantes de salud, preocupación por la sostenibilidad... Pero atención porque existe el riesgo de tratar la RA como una «panacea» para problemas complejos y problemas sociales como soledad, pobreza, aumento desigualdades...¹³ No podemos implementar estas cuestiones sin reorientación comunitaria o sin contar con profesionales clave como trabajo social o los actores de la comunidad...es decir sin que esté inserta en un proceso de participación comunitaria en el que se trabaje conjuntamente con la comunidad. No es algo aislado... *Primum non nocere* también en la RA... Lo primero es no hacer daño, y podemos dañar a personas, procesos... Por otro lado, aunque la RA probablemente beneficie a muchos pacientes, en este momento no sabemos si es apropiada para otros. Hemos de estar atentas a no crear consumidores de activos para la salud o medicalizar ámbitos como lo social. ¡Somos expertas en eso como sistema sanitario!

Pilar: Precisamos evaluar...

Belén: Evaluar la RA es un reto, debido a las cuestiones complejas y de gran alcance que trata de abordar, la heterogeneidad de las intervenciones, la amplia gama de influencias adicionales sobre la salud y el bienestar individual, el tiempo necesario para que surjan beneficios y el costo de evaluación^{13,14}. Evaluar para priorizar. Muchas evaluaciones actuales recogidas en la literatura son a pequeña escala, a corto plazo, con un diseño mejorable. Faltan medidas de resultado estandarizadas...¹³.

Remedios: El reto está claro. Y también que precisamos el apoyo institucional y científico. ¿Cómo podríamos mejorar?

Belén: Los programas de RA formal deberían ser sustentados por una clara comprensión de objetivos, efectos o consecuencias previstas, mecanismos por

los cuales se logran estos, y cómo cada programa encaja en los sistemas de salud y sociales más amplios y las comunidades en las que opera. Y con presupuesto. Es interesante generar enfoque común comunitario para medir resultados. Se precisa trabajar con métodos de investigación y construcción de indicadores cualitativos y cuantitativos para conseguir enfoques que comprendan y tengan en cuenta el contexto y los distintos resultados¹³. La RA supone mejorar la orientación comunitaria del equipo, es compatible y complementaria con acciones en salud individuales, grupales y comunitarias. Articularla es un proceso que tiene el marco metodológico de la salud comunitaria, la participación, el trabajo en red, la coproducción y la salutogénesis detrás^{2,10,11,12}. Se necesitan modelos. Tenemos modelos. No todo vale.

Este diálogo que iniciamos en el **XXXIX Congreso de la semFYC** con las presentaciones de **Aina Perelló** y **Belén Benedé** y continuamos en *Comunidad*, queremos que siga. Por ello hemos preparado un espacio en el **blog Sano y salvo**, para seguir compartiendo y reflexionando. Gracias.

CONCLUSIONES

- El sobrediagnóstico y el sobretratamiento llevan a una expropiación de la vida. Al dar un diagnóstico podemos dejar de intervenir sobre sus causas reales, y buscar soluciones en una medicina que, en ocasiones, no las puede dar. Esta dinámica hace que las capacidades de personas, familias, comunidad o entorno se vean mermadas, limitando el poder transformador a esos niveles.
- Existen evidencias de que determinadas intervenciones sanitarias, medicamentos y tecnologías no han demostrado ser efectivos o cuya relación beneficio-riesgo no es adecuada. Hay que detectarlos y reinvertir en otras intervenciones. La recomendación de «no hacer» nos ayuda a conocer prácticas que no aportan valor.
- Es necesaria una atención centrada en la persona que consulta, compartiendo con ella la información y haciéndole partícipe de las decisiones y conductas diagnósticas o terapéuticas.
- La RA proporciona a ciertas personas alternativas de atención, no clínicas, que inciden sobre su salud. Permite coordinarse y cooperar con otros sectores que influyen en el bienestar de la población.
- La evidencia sugiere que la RA puede mejorar el bienestar de las personas y reducir no solo la carga de trabajo en atención y en los profesionales, sino también la demanda de servicios. Existen revisiones sistemáticas en las que hay evidencia de beneficios en bienestar emocional, salud física y estilo de vida más saludable, así como reducciones en el aislamiento y la soledad y mejora en el uso de la AP y la atención secundaria. Se necesita investigar, desarrollar modelos de implementación y evaluar.
- Si la RA es una herramienta más para luchar contra la medicalización, precisará apoyo institucional, recursos y presupuesto.
- La orientación holística y comunitaria de los profesionales de AP nos debe ayudar a un cambio de paradigma hacia una medicina más social, centrada en la persona y su contexto con orientación a determinantes, y mínimamente disruptiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. [Internet.] 2012;344:e3502. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3502>
2. Sastre Paz M, Benedé Azagra CB (coord.). Documento nº 38 de orientación comunitaria: hacer y no hacer en atención primaria. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2018. Disponible en: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria>
3. Martín Álvarez R, Tranche Iparraguirre S. Sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan. Aten Primaria. [Internet.] 2016 ;48:619-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-atencion-primaria-27-articulo-sobrediagnostico-cuando-las-personas-reciben-S0212656716304929>
4. Galindo G, Martín R, Tranche S. Los médicos de familia y el sobrediagnóstico: el reto de elegir sabiamente. Aten Primaria. [Internet.] 2018; 50: 1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-los-medicos-familia-el-sobrediagnostico-S0212656718306358>
5. Novoa Jurado A. Aspectos éticos del sobrediagnóstico: entre el utilitarismo y la ética de la responsabilidad. Aten Primaria. 2018;50:13-19. DOI: 10.1016/j.aprim.2018.07.007
6. Marshall M. De-diagnosing disease. 2019;365:l2044. doi:10.1136/bmj.l20
7. Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. Aten Primaria. 2018;50:86-95.
8. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment—an essay by Iona Heath. [Internet.] 2014; 349:g6123. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.g6123>
9. Parmar MS. A Systematic Evaluation of Factors Contributing to Overdiagnosis and Overtreatment. Southern Medical Journal. 2016;109:272-6. doi:10.14423/SMJ.0000000000000409.
10. Atención Comunitaria Basada en Activos: Recomendación de activos para la salud en Atención Primaria. Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria. Departamento de Sanidad. [Internet]. 2018 [consulta el 8 de junio de 2019]. Disponible en: http://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%A0-Recomendaci3n-de-Activos-para-la-salud-en-Atenci3n-Primaria-9_2018-1.pdf
11. López S, Suárez O, Cofiño R (coordinación técnica). Guía ampliada para la recomendación de activos («prescripción social») en el sistema sanitario. [Internet]. Principado de Asturias. [Internet]. 2017 [consulta el 8 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf
12. Guía breve de salud comunitaria basada en activos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. [Internet]. 2018 [consulta el 8 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
13. Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. 2019;364:l1285. doi: 10.1136/bmj.l1285
14. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open. 2017;7:e013384.
15. Capella J, Braddick F, Schwartz H, Segura L, Colom J. Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. Comunidad. Septiembre 2016;18(2):7.

Volver

COMENTARIOS

0
comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

