



# Miscelánea no exactamente clínica (la confusión entre diagnóstico precoz y diagnóstico temprano y su impacto en el sobrediagnóstico)

**Juan Gérvas**

Médico general jubilado y doctor en medicina. Equipo CESCA. Madrid.

**Mercedes Pérez Fernández**

Médico de cabecera e internista jubilada. Equipo CESCA. Madrid.

## Introducción

Los médicos empleamos el concepto de «evolución natural» con la casi certeza absoluta de su existencia real. Pero la «evolución natural» de las enfermedades es un concepto muy relativo que no debería generalizarse más allá de las enfermedades infecciosas, pues fue desarrollado básicamente en el siglo XIX en torno a la evolución de estas. Su realidad es dudosa incluso en procesos infecciosos como la tuberculosis, el dengue o la lepra, por ejemplo, pero también en la diabetes, la demencia, la depresión y el cáncer de mama, entre otras. Así, en la depresión el paciente «entra y sale» del proceso patológico y está sano y enfermo casi de forma simultánea<sup>1</sup>.

Sin embargo, el diagnóstico precoz (antes de que la enfermedad dé síntomas) se basa en la existencia cierta de una «evolución natural» de la enfermedad. Los cribados tienen por objetivo ese diagnóstico precoz y solo se justifican si cumplen los criterios de Wilson y Jungner<sup>2</sup>. En la práctica, el punto más débil de los cribados se refiere a la falta de cumplimiento del séptimo criterio, que dice: «*The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood*». El cumplimiento de este criterio exige la aceptación de la existencia de «la evolución natural de la enfermedad». Pero, en general, no existe tal «evolución natural» con inicio, desarrollo y desenlace, o es la excepción, pero el concepto ha estructurado toda la prevención pues en él se basa la distinción entre prevención primaria, secundaria y terciaria.

Al no existir el constructo<sup>a</sup> «evolución natural» de la enfermedad todo el edificio preventivo se tambalea. No

<sup>a</sup> Es constructo una entidad hipotética de difícil definición, un objeto conceptual o ideal.

obstante, la arrogancia preventiva lleva a despreciar esta ignorancia en la práctica. Se demuestra, por ejemplo, en el caso del cribado del cáncer de colon, pues el diagnóstico precoz incluye cánceres que no hubieran llegado a desarrollarse nunca (sobrediagnóstico), con los consiguientes daños no justificables<sup>3</sup>.

El mismo problema concierne, por ejemplo, al cribado de la demencia en ancianos, ya que «etiqueta» a muchos pacientes con variaciones de la normalidad que nunca progresarán a enfermedad, con el consiguiente daño por el mismo etiquetado y por los tratamientos consiguientes<sup>4</sup>. Así, el 78% de los pacientes diagnosticados de «deterioro cognitivo leve» («predemencia») no habían empeorado o habían mejorado al cabo de 3 años de seguimiento<sup>5</sup>.

El cribado (en salud pública) y el diagnóstico precoz (en la clínica) llevan al sobrediagnóstico. Es decir, al error en el pronóstico. El diagnóstico es correcto, pero la «evolución natural» no es la prevista y por ello el proceso de cribado/diagnóstico precoz conlleva más daños que beneficios. Tal problema lleva a tener que cambiar el concepto de «cribado/diagnóstico» precoz y a eliminar o modificar profundamente las pautas asociadas a él. Este cambio filosófico no se hace sin resistencia, debido a la fuerza de la costumbre, la arrogancia preventiva y clínica y los intereses comerciales, además de las expectativas sociales. El problema se refiere a los cribados de cáncer, pero también a los genéticos y demás, así como a otras muchas actividades tipo «el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer».

Emplearemos los diez textos siguientes, publicados en el último año, para demostrar la resistencia que lleva a confundir el diagnóstico precoz con el diagnóstico temprano, y por ello conlleva el sobrediagnóstico.

## Bibliografía

1. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(2): 65-7.
2. Wilson JMJ, Jungner G. Principles and practice for disease. Geneva: WHO; 1968.
3. Segura A. Cribado de cáncer colorrectal: no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado. *Gac Sanit.* 2011;25: 331-2.
4. Brunnet MD; McCartney M, Heath I, Tomlison J, Gordon P, Losgrove J, et al. Cameron launches challenge to end "national crisis" of poor dementia care. *BMJ.* 2012;344:e2347.
5. Kadaszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Luppá M, Luck T, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe Study. *Ann Fam Med.* 2014;12: 158-65.

> 1

### EL DIAGNÓSTICO PRECOZ PUEDE NO SER EL DIAGNÓSTICO «OPORTUNO» (AL MENOS RESPECTO A LA DEMENCIA)

#### Pregunta

¿Es lo mejor el diagnóstico precoz para la demencia?

#### Respuesta

A veces no, a veces lo mejor es diagnosticar oportunamente, no precozmente. Este es el caso en la demencia, por ejemplo.

## Resumen del artículo

Brayne C, Bayer A, Boustani M, Clare L, Cullum S, Denning T, et al. There is no evidence base for proposed dementia screening. *BMJ.* [Internet]. 2013 [letter]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e8588/rr/633370>

**Contexto y resultados.** En 2011 se introdujo en Estados Unidos una revisión anual para los ancianos del programa público Medicare (que cubre a todos los de 65 y más años). Tal «chequeo» incluye un apartado de valoración del estado cognitivo, con la esperanza de que un pronto diagnóstico llevaría a un mejor pronóstico por el adecuado tratamiento. La revisión es inútil, cuando poco, como todos los «chequeos»<sup>1</sup>, pero ha significado una iniciativa copiada sin más. En esta larga carta los autores rebaten la propuesta para establecer algo similar en el Reino Unido, en lo que respecta al diagnóstico precoz de la demencia (especialmente del Alzheimer). Se confunde diagnóstico precoz con diagnóstico apropiado, y aquel se justifica por los supuestos beneficios para el paciente. Pero no hay información para decidir acerca de la efectividad, coste-beneficio e implicaciones para los servicios sanitarios y para la sociedad. Por supuesto, no se han demostrado las ventajas de adelantar el diagnóstico ni en el presente del paciente ni para su futuro. Falta información, incluso, para valorar los daños. De hecho, el National Institute on Aging de Estados Unidos ha financiado un ensayo clínico alea-

torizado para valorar este uso del cribado de la demencia en Atención Primaria, pero los resultados no se esperan hasta 2016.

## Comentario

Un buen médico, con buena reputación profesional y social: 1) tiene capacidad para realizar diagnósticos certeros y oportunos; 2) hace uso prudente de los recursos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores para maximizar beneficios y minimizar daños, y 3) posee habilidad para responder apropiadamente a las necesidades de pacientes complejos en situaciones reales de limitaciones múltiples<sup>2,3</sup>. La capacidad de realizar «diagnósticos certeros y oportunos» no es equivalente a «hacer diagnósticos precoces» por más que haya una enorme confusión al respecto. Como no conocemos la «evolución natural» de la demencia, el diagnóstico precoz no añade nada, salvo sobrediagnóstico, inquietud y daño, y muchas veces el empleo «precoz» de medicamentos sin utilidad<sup>4</sup>. Es contraintuitivo pero cierto que adelantar el diagnóstico es, a veces, muy imprudente por su falta de beneficio.

## Bibliografía

1. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub2. Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/CD009009/general-health-checks-for-reducing-illness-and-mortality#sthash.5x5tFMFy.dpuf>
2. Gervas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A. Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(14):540-4.
3. Berenson RA, Kaye DR. Grading a physician's value. The misapplication of performance measurement. *N Engl J Med*. 2013;369:2079-81. doi: 10.1056/NEJMp1312287.
4. Tricco A, Soobiah C, Berliner S, Ho JM, Ng CH, Ashoor HM, et al. Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2013;185(16):1393-401. doi: 10.1503/cmaj.130451.

> 2

### EL DETERIORO COGNITIVO LEVE («PREDEMENCIA») TIENE UNA EVOLUCIÓN IMPREVISIBLE, GENERALMENTE LENTA Y «BENIGNA»

#### Pregunta

¿El paciente con deterioro cognitivo leve tiene un pronóstico bien establecido?

#### Respuesta

El diagnóstico cognitivo leve tiene un pronóstico impredecible, generalmente de estabilidad o de mejoría.

### Resumen del artículo

Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Lupp M, Luck T, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe Study. *Ann Fam Med*. 2014;12:158-65.

**Contexto y resultados.** Este trabajo es alemán, de 3 años de seguimiento en Medicina General/de Familia de 357 pacientes de 75 años, o mayores, con trastorno cognitivo leve<sup>1</sup>. Los autores querían comprobar la capacidad pronóstica de este nuevo diagnóstico formalmente propuesto en la nueva DSM-V como «predemencia». Se demostró que el 42% de los pacientes mejoró; tuvo un curso fluctuante el 21% y estable el 15%. El 22% evolucionó a demencia. La evolución fue peor en los más ancianos (media de edad 80 años), en los más graves (deterioro en más de un campo cognitivo), cuando coexistía depresión y cuando fue casi imposible aprender algo nuevo y recordarlo a los 10 minutos.

### Comentario

El término «deterioro cognitivo leve» se ha empleado informalmente en la clínica, o con más rigor en proyectos de investigación. Es nueva su inclusión formal en la DSM-V como «predemencia». Dada la frecuencia con la que los ancianos consultan por pérdidas de memoria con miedo por el deterioro futuro, es prudente intentar valorar el pronóstico asociado a tal etiqueta. Lo importante en este ejemplo es que fueron los propios médicos generales los que se preguntaron prudentemente si el diagnóstico precoz tiene algún interés, por la angustia que conlleva para el paciente y su familia. El diagnóstico de deterioro cognitivo leve es cierto, pero se convierte en sobrediagnóstico por el falso pronóstico asociado de evolución inexorable a demencia.

### Bibliografía

1. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment— beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*. 2004;256(3):240-6.

> 3

**PARA LOS MÉDICOS GENERALES CON PRÁCTICA CLÍNICA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DEMENCIA ES COMPLEJO Y FORMA PARTE DE UN CONTEXTO**

#### Pregunta

¿Es fácil diagnosticar precozmente la demencia en Medicina General/de Familia?

#### Respuesta

El diagnóstico precoz de demencia es complejo y tiene en cuenta el contexto.

### Resumen del artículo

Dhedhi SA, Swinglehurst D, Russell J. «Timely» diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. *BMJ Open*. 2014;4:e004439. doi:10.1136/bmjopen-2013-004439.

**Contexto y resultados.** Los médicos generales ingleses se sienten presionados para hacer «más» diagnósticos de demencia después de que el Gobierno y el Servicio Nacional de Salud denunciaron que solo el 42% de los pacientes británicos con demencia cuentan con un diagnóstico formal y muchos de ellos lo reciben con retraso. En el contrato anual se ha introducido un indicador para fomentar una actitud proactiva en este sentido y en los medios de comunicación se ha extendido la imagen del médico general como «freno» para el diagnóstico y el consecuente tratamiento de los pacientes con demencia. Por ello, los autores exploran en profundidad qué significa el diagnóstico de demencia para el médico general, en especial su «diagnóstico precoz». El estudio es cualitativo, de entrevistas en profundidad a siete profesionales de un departamento académico (los que aceptaron participar de un total de 12), con experiencia clínica de entre 2 y 20 años. Para los médicos, la cuestión no es de ignorancia, sino de «oportunidad», pues lo que reclaman es hacer un diagnóstico oportuno y no simplemente temprano. Entienden el diagnóstico como un proceso dinámico que se adapta al contexto del paciente y su familia. El diagnóstico de demencia es un proceso que una vez llega a su final abre la puerta para un futuro distinto. Por ello conviene hacerlo cuando sea apropiado, sin urgencia en general.

### Comentario

El fin de la medicina es responder profesionalmente al sufrimiento humano, no diagnosticar<sup>1</sup>. De hecho, el diagnóstico se puede convertir en una «tiranía» que no ayude en nada ni al paciente ni al médico<sup>2</sup>. Un buen médico puede tener razones fundadas para no hacer un diagnóstico si con ello logra un balance más positivo para el sufrimiento del paciente. No obstante, es frecuente que los gestores, los políticos y los periodistas presenten al médico general como mal formado (en el mejor de los casos «sin tiempo») y fomenten cursos y actividades docentes para mejorar su capacidad diagnóstica. Este trabajo deja claro que muchas veces hay buenas razones para no diagnosticar demencia y que ello va en favor del paciente, de su familia y de la sociedad. Como dijo literalmente uno de los entrevistados, se trata de diagnosticar «en forma suficiente, el momento adecuado, con un propósito definido y correctamente».

### Bibliografía

1. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306:369-45.

2. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q.* 2002;80:237-80.

> 4

#### EL INCREMENTO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA «PREDEMENCIA» CON PRUEBAS MENTALES Y MARCADORES BIOLÓGICOS PRODUCE MÁS DAÑOS QUE BENEFICIOS

##### Pregunta

¿Cómo se explica la presión para diagnosticar precozmente la demencia?

##### Respuesta

Por una colusión de intereses muy variados.

#### Resumen del artículo

Le Couteur DG, Doust J, Creasey H, Brayne C. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *BMJ.* 2013;347:f5125 doi: 10.1136/bmj.f5125

**Contexto y resultados.** Los autores escriben este texto para la sección «Too much medicine» del *British Medical Journal*. Analizan los cambios sutiles en la definición del deterioro cognitivo leve que lleva al aumento de su prevalencia, su aceptación como «predemencia», la conversión a test diagnósticos de cribado, a biomarcadores y a pruebas de imagen. El análisis deja claro que la balanza se inclina en contra del diagnóstico precoz de la «pre-demencia», en parte por el escaso valor predictivo que refleja, en parte por nuestro desconocimiento de la «evolución natural» de la enfermedad y en parte por la carencia de tratamientos efectivos.

#### Comentario

El principio de *primum non nocere* se lesiona con las actividades de diagnóstico precoz y cribado de la demencia. Es una actividad que se debe evitar por su falta de ciencia y por los daños que causa.

> 5

#### EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL ALZHEIMER MUCHO DE LO QUE SE OFRECE ES NEGOCIO QUE LLEVA A SOBREDIAGNÓSTICO

##### Pregunta

¿Es generalmente útil hacer pruebas para biomarcadores en pacientes sanos y así predecir el Alzheimer?

##### Respuesta

Las pruebas para biomarcadores carecen de utilidad para predecir la enfermedad de Alzheimer.

#### Resumen del comentario

Lores ML. Los test genéticos en personas sanas son sobrediagnóstico. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2014/03/13/los-test-geneticos-en-personas-sanas-son-sobrediagnostico/>

**Contexto y resultados.** Existen unas enormes expectativas sociales y sanitarias acerca de los beneficios de las pruebas genéticas, que por sí mismas parece que puedan llevar a intervenciones que eviten males futuros. Por ello, no es raro que se publique sobre «el gen nuestro de cada día». La autora, radióloga gallega, escribe un comentario sobre un estudio de la Universidad Georgetown (Estados Unidos) en el que se asocian cambios en fosfolípidos sanguíneos con el desarrollo del Alzheimer<sup>1</sup>. El trabajo se hizo a partir de las muestras sanguíneas de 525 ancianos de 70 y más años, seguidos durante 3 años. De ellos, 53 desarrollaron bien deterioro cognitivo leve («predemencia»), bien demencia tipo Alzheimer, y 28 de ellos, al comienzo del estudio, estaban sanos. Se demostró en las muestras iniciales de sangre una modificación de los fosfolípidos, que se supone que puede predecir el desarrollo de la enfermedad. El estudio tuvo eco mundial, y de ello se queja la autora del comentario. Además, examina los intereses en España de la empresa Grifols, que ha fracasado en un ensayo clínico del tratamiento del Alzheimer con hemoderivados y ahora apoya los trabajos para el desarrollo de una vacuna contra dicha enfermedad.

#### Comentario

Las expectativas sociales de «prevención y cura» de la demencia tipo Alzheimer son tales que cualquier estudio menor provoca destellos de esperanza que deslumbran. La denuncia de la autora es apropiada en cuanto se transforma la respuesta a un problema complejo de salud pública y clínico en el desarrollo de una simple prueba en sangre o de una vacuna. El Alzheimer que no comprendemos deviene simplemente en la acumulación de fibras en las neuronas, y sobre este dato elemental, o el cambio de unos fosfolípidos en la sangre, se construye toda una teoría «plausible» que encandila. Los médicos clínicos se ven superados por el empuje social y tecnológico y ceden, en general, ante las expectativas de los pacientes. De nuevo se construye una idea de diagnóstico precoz, tratamiento resolutivo y hasta la prevención primaria con una vacuna. Toda una locura.

#### Bibliografía

1. Mapstone M, Cheema AK, Fiandaca MS, Zhong X, Mhyre TR, MacArthur LH, et al. Plasma phospholipids identify antecedent memory impairment in older adults. *Nat Med.* 2014;20(4):415-8. doi:10.1038/nm.3466

> 6

### EN EL DIAGNÓSTICO GENÉTICO HEMOS AVANZADO MUCHO MENOS DE LO ESPERADO, Y TODAVÍA MENOS EN EL TRATAMIENTO

#### Pregunta

¿Deberíamos hacer cribado de las mutaciones del gen BRCA, de la hemocromatosis, o de ambos?

#### Respuesta

Los cribados genéticos no permiten predecir el curso del enfermar, ni el tratamiento precoz.

#### Resumen del artículo

Gérvas J. Estamos en la era de la genética, pero aplicamos remedios medievales (sobre los genes BRCA, la hemocromatosis y demás). *Butlletí Mèdic (Col.legi Oficial Metges Lleida)*. 2013;103:16-9.

**Contexto y resultados.** En salud pública estamos en la «era de la genética» desde el año 2000 (la «era de los factores de riesgo terminó en 1999»)¹. Sin embargo, es pobre la formación del médico general/de familia en lo que respecta a dichas cuestiones. En este texto se repasa la alarma creada por la doble mastectomía bilateral «preventiva» de una conocida actriz gringa que ha llevado a una preocupación mundial sobre las mutaciones del gen BRCA, que en España podrían afectar apenas al 0,04% de la población femenina (unas 8.000 mujeres). También se considera el daño del cribado de la hemocromatosis, pues en los pacientes homocigóticos solo el 1% desarrollará la enfermedad (y no sabemos distinguirlos de los 99 que se mantendrán en la normalidad y serán sobrediagnosticados).

#### Comentario

El médico de cabecera es el profesional central en la información de cuestiones sanitarias a la población y conviene que mejore su formación respecto a los cribados genéticos, como los de mutaciones del gen BRCA y de la hemocromatosis. El diagnóstico precoz generalizado no se acompaña de mejor pronóstico.

#### Bibliografía

1. Gérvas J. Estamos en la «Era de la Genética» (del uso y abuso de la genética). *El Mirador*. Acta Sanitaria. [Internet]. 17/marzo/2014. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/estamos-en-la-era-de-la-genetica-del-uso-y-abuso-de-la-genetica/>

> 7

### LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS GENÉTICAS DE VENTA LIBRE TIENEN ESCASO VALOR CLÍNICO

#### Pregunta

El acceso libre a las pruebas genéticas, ¿tiene sentido?

#### Respuesta

Son pruebas sin valor clínico y en muchos campos deben excluirse del mercado.

#### Resumen del artículo

Fears R, Ter Meulen V. The EASAC–FEAM Working Group. The perspective from EASAC and FEAM on direct-to-consumer genetic testing for health-related purposes. *Eur J Hum Genet*. 2013;21:703-7.

**Contexto y resultados.** Este texto es el resumen de los acuerdos en el seno de un grupo de trabajo conjunto del European Academies of Science Advisory Council (EASAC) y de la Federation of European Academies of Medicine (FEAM). Reconocen el escaso valor de las pruebas genéticas de venta libre y aconsejan prohibirlas al menos respecto a enfermedades monogénicas graves, diagnóstico prenatal, en relación con nutrición, en menores, por terceros y en relación con el mejor uso de medicamentos.

#### Comentario

El consejo final es, en parte, promercado lo que llevará al sobrediagnóstico en muchos de los casos.

> 8

### EL CRIBADO (SCREENING) DE CÁNCER DE MAMA CONLLEVA MÁS DAÑOS QUE BENEFICIOS

#### Pregunta

¿Cómo puede haber tanto cáncer de mama que «cura» tan bien?

#### Respuesta

Porque hay mucho sobrediagnóstico (del que no se informa bien a las pacientes a quienes se invita a participar en el cribado).

#### Resumen del comentario

Heath I. Breast cancer screening causes more harm than good. *J Primary Health Care*. 2014;6:79-80.

**Contexto y resultados.** El cribado de cáncer de mama ha sido puesto en cuestión desde sus comienzos. La autora hace un recorrido como médica general por las cuestiones básicas en torno al cribado de cáncer de mama, como la imposibilidad de dicotomizar el complejo proceso del cáncer y su diagnóstico precoz (normal-anormal) y los aspectos psicológicos del proceso de decisión en, por ejemplo, el carcinoma in situ. Le preocupa especialmente la información que se da a las mujeres para decidir su participación en el programa de cribado.



## Comentario

Si el cribado de cáncer de mama fuera un medicamento, ya se habría abandonado y siempre se hubiera ofrecido más y mejor información respecto a la participación en el mismo. No tenemos capacidad para distinguir el probable desarrollo de los cánceres diagnosticados mediante cribado.

> 9

### EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA NO DISMINUYE LA MORTALIDAD Y AUMENTA EL SOBREDIAGNÓSTICO

#### Pregunta

En un país desarrollado con un sistema de salud de cobertura universal, ¿vale la pena el cribado de cáncer de mama?

#### Respuesta

No, pues no cambia la mortalidad y aumenta el sobrediagnóstico.

## Resumen del artículo

Miller AB, Wall C, Baines C, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366. doi: 10.1136/bmj.g366

**Contexto y resultados.** En este texto se presentan los resultados de 25 años de seguimiento de 89.835 mujeres canadienses que participaron en un ensayo clínico para valorar la eficacia del cribado de cáncer de mama con mamografía. No hubo diferencias en la mortalidad por cáncer de mama entre el grupo control y el de intervención. En este segundo grupo se determinó el diagnóstico y tratamiento innecesario como cáncer agresivo de 106 cánceres de evolución benigna (sobrediagnóstico).

## Comentario

Las críticas al cribado del cáncer de mama arrojaron al publicarse este estudio que demuestra claramente el negativo balance entre beneficios y daños. Lo lógico sería abandonarlo, al menos en los países desarrollados donde hay un sistema sanitario de calidad.

> 10

### SE EVITA UNA MUERTE POR CÁNCER DE MAMA ENTRE 1.000 MUJERES SOMETIDAS A MAMOGRAFÍA. SE PRODUCEN DAÑOS EN 100 MUJERES ENTRE 1.000 SOMETIDAS A MAMOGRAFÍA

#### Preguntar

¿Se compensan los beneficios con los daños, en el caso de la mamografía de cribado?

#### Respuesta

No.

## Resumen del artículo

Swiss Medical Board. Dépistage systématique par mammographie. Disponible en: [http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15\\_Rapport\\_Mammographie\\_Final\\_rev.pdf](http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf)

**Contexto y resultados.** El Consejo Médico de Suiza hizo una revisión sistemática de las ventajas y los inconvenientes del cribado de cáncer de mama. Llegó a la conclusión de que el balance era negativo y recomendó que se eliminara tal cribado. En síntesis, el programa de cribado puede lograr evitar una muerte por cáncer de mama entre 1.000 mujeres a cambio de dañar a 100 (de ellas unas 10 con sobrediagnóstico, es decir, tratadas como si tuvieran un cáncer agresivo; extirpándoles un cáncer indolente que no hubiera progresado nunca).

## Comentario

Este informe creó gran escándalo, pues fue el primero que recomienda la eliminación de un programa nacional de cribado de cáncer de mama<sup>1</sup>. Es de esperar que sea seguido por otros países cuando los médicos y las pacientes comprendan que el diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante mamografía no es un diagnóstico beneficioso, sino un diagnóstico inoportuno.

## Bibliografía

1. Arie S. Switzerland debates dismantling its breast cancer screening programme. *BMJ*. 2014;348:g1625 doi: 10.1136/bmj.g1625