

**¿Hasta dónde avanzar en el estudio
diagnóstico del paciente con
edad avanzada?
¿Cuándo hablamos de ensañamiento
diagnóstico?**

***M. Ángeles González Benítez
Medicina Interna
Hospital de La Serranía
Ronda. Málaga***

Diagnóstico-edad avanzada

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- Sobrediagnóstico
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- Sobrediagnóstico
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Caso 1:**

- Mujer. 88 años.
- HTA. Asma bronquial.
- Funciones superiores conservadas. Barthel 65.
- Ingresa por sepsis de origen abdominal.
- Buena evolución clínica. Alta a domicilio.

- **Caso 1:**

- Mujer. 88 años.
- HTA. Asma bronquial.
- Funciones superiores conservadas. Barthel 65.
- Ingresa por sepsis de origen abdominal.
- Buena evolución clínica. Alta a domicilio.
- Prueba diagnóstica no necesaria:
 - **PERFIL LIPÍDICO:**
 - **Colesterol total 130 mg/dl (LDL 81, HDL 26)**
 - **Triglicéridos 114 mg/dl.**

- **Caso 2:**

- Varón. 78 años.
- **Demencia vascular avanzada.**
- Afásico. Vida encamada. Barthel 0.
- 3 episodios de neumonía aspirativa en el 1º trimestre de 2016.
- Traído a Urgencias por nuevo episodio de neumonía aspirativa, en situación de **shock séptico, Glasgow 3, insuficiencia respiratoria global, insuficiencia renal grave** (creatinina >4 mg/dl, potasio >8.5meq/l).
- Se plantea evitar medidas agresivas.

- **Caso 2:**
 - Varón. 78 años.
 - **Demencia vascular avanzada.**
 - Ingresa en planta de Medicina Interna para manejo paliativo **22 horas** después de su llegada a Urgencias.
 - Fallece 24 horas después de su ingreso en planta.

- **Caso 2:**

- Varón. 78 años.
- **Demencia vascular avanzada.**
- Ingresa en planta de Medicina Interna para manejo paliativo **22 horas** después de su llegada a Urgencias.
- Fallece 24 horas después de su ingreso en planta.
- Pruebas diagnósticas en Observación:

Hemograma	Bioquímica
Gasometría	E. Coagulación
EKG	Rx tórax

- **Caso 2:**

- Varón. 78 años.
- **Demencia vascular avanzada.**
- Ingresa en planta de Medicina Interna para manejo paliativo **22 horas** después de su llegada a Urgencias.
- Fallece 24 horas después de su ingreso en planta.
- Pruebas diagnósticas en Observación:

Hemograma 3	Bioquímica 3
Gasometría 2	E. Coagulación 2
EKG 4	Rx tórax 2

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- Sobrediagnóstico
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Prueba diagnóstica no necesaria:**
 - El resultado **no** va a cambiar la actitud terapéutica con el paciente.



- **Prueba diagnóstica no necesaria:**

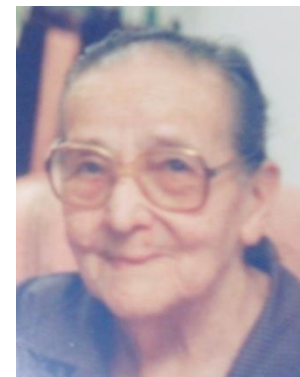
- El resultado no va a cambiar la actitud terapéutica con el paciente.
- El resultado de la prueba va a producir una modificación del manejo del paciente, **sin** que esto aporte **beneficios** al paciente.



- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- Sobrediagnóstico
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **¿Edad avanzada?**
 - No existe acuerdo en la definición.





- **¿Edad avanzada?**

- No existe acuerdo en la definición.
- Revisiones sobre edad avanzada

(Biblioteca Cochrane plus):

- Quimioterapia para el cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado en pacientes de edad avanzada. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 10. Art. No.: CD010463. DOI: 10.1002/14651858.CD010463

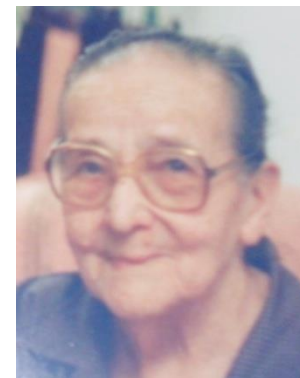
MÁS DE 70 AÑOS

- Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada . (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS ; 2007/20)

MÁS DE 75 AÑOS

- Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemetic control. JAMA Intern Med. 2015 Mar;175(3):356-62.

MÁS DE 65 AÑOS



- **¿Edad avanzada?**

- No existe acuerdo en la definición.
- Más revisiones sobre edad avanzada

(Biblioteca Cochrane plus):

- Pruebas de visión en conductores de edad avanzada para la prevención de lesiones y muertes causadas por accidentes de tránsito. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 2. Art. No.: CD006252. DOI: 10.1002/14651858.CD006252

!!!!MÁS DE 55 AÑOS !!!!

- Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes de edad avanzada en centros de atención y hospitales. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 3. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465

MÁS DE 65 AÑOS

- Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146

MÁS DE 60 AÑOS

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- **Sobrediagnóstico**
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnosticar a una persona **asintomática** sin que esto le suponga **ningún beneficio**.
 - Diagnóstico de una **enfermedad que no va a llegar a producir síntomas** durante todo el tiempo de vida de esa persona
- Término utilizado fundamentalmente en **screening** de enfermedades.
- Relacionado con otros conceptos:
 - Sobretratamiento.
 - Sobreutilización.
 - Medicalización excesiva.
 - “Medicina defensiva”.
 - **“Expansión de definiciones”** (“disease mongering”).

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?
- **Sobrediagnóstico**
 - Diagnóstico precoz
 - Ca tiroides
 - Ca mama
 - Ca próstata
 - Alzheimer
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de **cáncer de tiroides**:

- Tasa de diagnóstico en Estados Unidos se ha **triplicado** (90% carcinoma papilar).
 - 3,6 casos/100000 en 1973.
 - 11,6 casos/100000 en 2009.
 - Pruebas de imagen actuales permiten detectar y biopsiar lesiones muy pequeñas (2 mm).
 - Tasa de **tiroidectomías** se ha **incrementado un 60%** en los últimos 10 años.

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de **cáncer de tiroides**:

- Tasa de diagnóstico en Estados Unidos se ha **triplicado** (90% carcinoma papilar).
 - 3,6 casos/100000 en 1973.
 - 11,6 casos/100000 en 2009.
 - Pruebas de imagen actuales permiten detectar y biopsiar lesiones muy pequeñas (2 mm).
 - Tasa de **tiroidectomías** se ha **incrementado un 60%** en los últimos 10 años.

- **La mortalidad NO SE HA MODIFICADO**

- 0,5/100000 en 1979.
 - 0,5/100000 en 2009

(CA papilar de tiroides de pequeño tamaño es un hallazgo frecuente en autopsias)

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- **Sobrediagnóstico**
 - Diagnóstico precoz
 - Ca tiroides
 - Ca mama
 - Ca próstata
 - Alzheimer
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de **cáncer de mama**:

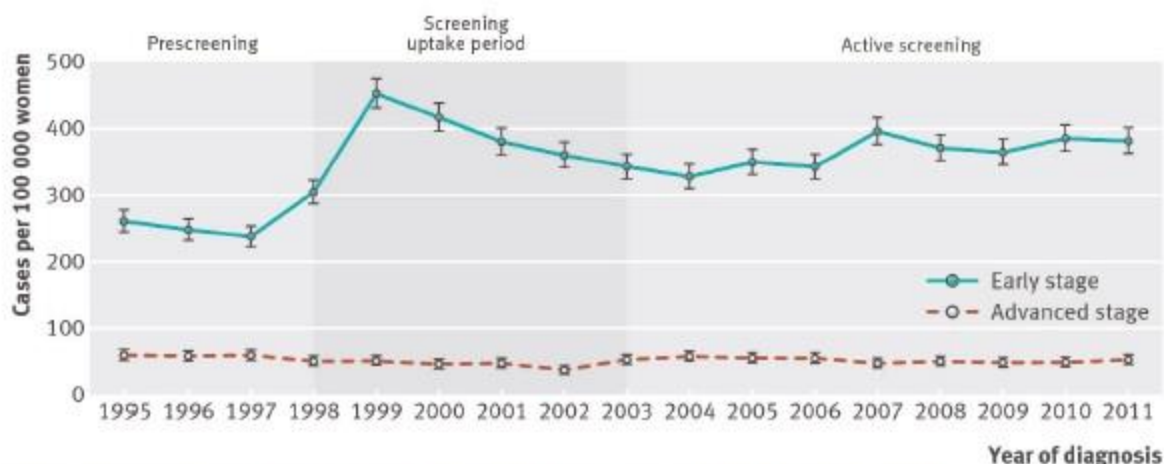
- Escenario óptimo de screening:
 - Aumento de detección de casos en estadios precoces.
 - Disminución de la detección de casos en estadios avanzados.
- Screening mediante mamografía a mujeres entre 50 y 69 años.
- 20-30% de los tumores detectados en fases precoces corresponden a carcinoma ductal in situ.

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de **cáncer de mama**:

- Aumento de edad de screening hasta los 75 años en Países Bajos.
- Ha aumentado la detección de tumores en estadios precoces en mujeres entre 70 y 75 años.
- No ha disminuido la tasa de diagnóstico de tumores en estadios avanzados.

Figure



Breast cancer incidence in women aged 70-75 years, the Netherlands²³

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- **Sobrediagnóstico**
 - Diagnóstico precoz
 - Ca tiroides
 - Ca mama
 - Ca próstata
 - Alzheimer
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de **cáncer de próstata**: PSA

- Ningún beneficio en ensayos clínicos comparando actitud expectante frente a tratamiento.
 - Ensayo clínico europeo (ERSPC): escaso beneficio en varones entre 55 y 69 años, sin reducción de mortalidad global. Ningún beneficio en mayores de 70 años.
- 75% autopsias a varones mayores de 85 años detectan cáncer de próstata localizado.
- **Riesgos derivados del sobrediagnóstico y sobretratamiento.**
 - ¿Tratamiento de tumores silentes con prostatectomía radical y/o radioterapia?
- **Grado de recomendación D:** riesgos/daños superan o igualan los beneficios.

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- **Sobrediagnóstico**
 - Diagnóstico precoz
 - Ca tiroides
 - Ca mama
 - Ca próstata
 - Alzheimer
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de demencia tipo **Alzheimer**:

- Pruebas de imagen funcionales y biomarcadores permiten diagnóstico de:
 - **Pre-enfermedad** de Alzheimer (personas asintomáticas)
 - **Deterioro cognitivo leve** por enfermedad de Alzheimer.
- ¿Beneficios del diagnóstico precoz?:
 - Planificación del futuro del paciente.
- ¿Riesgos/daños?
 - Angustia/ansiedad del paciente y su familia, perjuicios económicos, pérdida de seguro sanitario, pérdida de empleo...
- **NO EXISTE TRATAMIENTO** QUE CURE LA ENFERMEDAD o cambie el curso de la misma.

- **Sobrediagnóstico:**

- Diagnóstico precoz de demencia tipo **Alzheimer**:

- Pruebas de imagen funcionales + biomarcadores permiten diagnóstico de:
 - **Pre-enfermedad** de Alzheimer (personas asintomáticas)
 - **Deterioro cognitivo leve** por enfermedad de Alzheimer.
 - ¿Beneficios del diagnóstico precoz?:
 - Planificación del futuro del paciente.
 - ¿Riesgos/daños?
 - Angustia/ansiedad del paciente y su familia, perjuicios económicos, pérdida de seguro sanitario, pérdida de empleo...
 - **NO EXISTE TRATAMIENTO** QUE CURE LA ENFERMEDAD o cambie el curso de la misma.
 - **¿Es ético plantear el diagnóstico precoz?**



- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- Sobrediagnóstico
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- “Too much medicine”

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Situación terminal:
 - Presencia de una **enfermedad avanzada, incurable y progresiva**, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un **pronóstico de vida limitado** y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica.
 - Situación de agonía:
 - Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y **pronóstico vital de pocos días**.

- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:
 - Obstinación terapéutica:
 - Situación en la que a una persona, que se encuentra en **situación terminal o de agonía** y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le **inician o mantienen** medidas de soporte vital u **otras intervenciones carentes de utilidad clínica**, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Obstinación terapéutica:
 - Situación en la que a una persona, que se encuentra en **situación terminal o de agonía** y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le **inician o mantienen** medidas de soporte vital u **otras intervenciones carentes de utilidad clínica**, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.
 - **¿El ensañamiento/obstinación diagnóstica está incluido en esta definición?**

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Limitación del esfuerzo terapéutico:
 - **Retirada o no instauración** de una medida de soporte vital o de **cualquier otra intervención** que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo **fútil**, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Limitación del esfuerzo terapéutico:
 - **Retirada o no instauración** de una medida de soporte vital o de **cualquier otra intervención** que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo **fútil**, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.
 - **¿Hay que limitar también la realización de pruebas diagnósticas?**

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días:
 - Estudio descriptivo.
 - Objetivo:
 - Analizar el uso de pruebas diagnósticas en pacientes que fallecen por enfermedad neoplásica terminal durante su ingreso en Medicina Interna.
 - Criterios de inclusión:
 - Pacientes ingresados en la UGC de Medicina Interna del Hospital de la Serranía durante los años 2013 y 2014.
 - **Fallecimiento por enfermedad neoplásica terminal** durante el ingreso.
 - Criterios de exclusión:
 - Diagnóstico de enfermedad neoplásica terminal realizado durante el ingreso en el que se produce el fallecimiento.

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días:
 - Variables analizadas:
 - Edad, sexo, pruebas de laboratorio durante el ingreso, pruebas radiológicas durante el ingreso (Rx simple, ecografía, TAC, RMN), realización de analítica en las 48 horas previas al fallecimiento.
 - No se incluyeron las pruebas realizadas en Urgencias.
 - **Resultados:**
 - 56 pacientes fallecidos por enfermedad neoplásica en situación terminal en 2013 y 2014 .
 - **51 pacientes** incluidos.
 - 5 excluidos (diagnóstico de neoplasia durante el ingreso).
 - 15 mujeres (29,4%).
 - 36 **hombres (70,6%)**.
 - Edad media **71,94 años** (DE 11,06).

- **¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?:**
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días:
 - Pruebas de laboratorio:
 - Mediana **3** (1,5)
 - Se realizaron **pruebas de laboratorio** a 45 pacientes **(88,4%)**.
 - Pruebas radiológicas:
 - Mediana **1** (1,3)
 - Se realizaron **pruebas radiológicas** a 41 pacientes **(80,4%)** :
 - » Rx simple: 37 pacientes (72,5%)
 - » Ecografía: 17 pacientes (33,3%)
 - » TC: 12 pacientes (23,6%)
 - » RMN: 1 paciente (2%)
 - **Analítica en las últimas 48 horas de vida:** 23 pacientes **(45,1%)**

- Casos clínicos.
- Pruebas diagnósticas no necesarias.
- ¿Edad avanzada?.
- Sobrediagnóstico
- ¿Ensañamiento/obstinación diagnóstica?
 - Uso de pruebas diagnósticas en hospitalización en situación de últimos días.
- **“Too much medicine”**

- *“Too much medicine”*

thebmj

Research ▾ Education ▾ News & Views ▾ Campaigns

Archive

For authors

Jobs

Hosted

Q

Too much medicine



The BMJ's [Too Much Medicine](#) campaign aims to highlight the threat to human health posed by overdiagnosis and the waste of resources on unnecessary care.

There is growing evidence that many people are overdiagnosed and overtreated for a wide range of conditions, such as prostate and thyroid cancers, asthma, and chronic kidney disease.

Through the campaign, the journal plans to work with others to increase awareness of the benefits and harms of treatments and technologies and develop ways to wind back medical excess, safely and fairly. This [editorial](#) by Fiona Godlee, editor in chief of *The BMJ* and overdiagnosis researcher Ray Moynihan, senior research fellow at Bond University, Australia, explains more about the campaign:

Dr Godlee said: "Like the evidence based medicine and quality and safety movements of previous decades, combatting excess is a contemporary manifestation of a much older desire to avoid doing harm when we try to help or heal.

BMJ Global Health

Now open for submissions

SUBMIT your paper



- “Too much medicine”



An initiative of the ABIM Foundation

About

Lists

Partners

Grantees

Resources

SEARCH:



Partners
See Who Has
Joined the
Campaign

- *“Too much medicine”*

← → ↻ www.dianasalud.com/index.php/

DianaSalud

Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud



[Inicio](#) [Quiénes somos](#) [Posibles Consultas](#) [Contacto](#) [INTRANET](#)

Noticias

Ya estan disponibles 23 iniciativas y más de 2500 recomendaciones/análisis de adecuación en DianaSalud

DianaSalud ha identificado 23 iniciativas y más de 2500 recomendaciones/análisis sobre adecuación que se pueden consultar a través de nuestro buscador. Próximamente se incorporarán más recomendaciones e iniciativas.

DianaHealth

Dissemination of Initiatives to Analyse Appropriateness in Healthcare

[View all recommendations](#) Total: 2905

Para que operen correctamente todas las funcionalidades de esta página web, se recomienda utilizar los siguientes navegadores:

 Internet Explorer 9 o superior  Mozilla Firefox 5 o superior  Google Chrome

Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud



Algunas de las iniciativas ...

Total: 24

- “*Too much medicine*”



PRIMUM NON NOCERE

***GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN***



BIBLIOGRAFÍA:

- Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barrat A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ* 2015;350:h869 doi: 10.1136/bmj.h869 (Published 4 March 2015)
- Macdonald H, Loder E. Too much medicine: the challenge of finding common ground. *BMJ* 2015;350:h1163 doi: 10.1136/bmj.h1163 (Published 4 March 2015)
- Brito JP, Morris JC, Montori VM. Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumors. *BMJ* 2013;347:f4706
- Barrat A. Overdiagnosis in mammography screening: a 45 year journey from shadowy idea to acknowledged reality. *BMJ* 2015;350:h867 doi: 10.1136/bmj.h867 (Published 3 March 2015)
- Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ*. 2012 Jan 8;346:e8441.
- Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*. 2001 Jun 6;285(21):2750–6.
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012 July 17;157(2):120–34.
- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Páez A, Mänttinen L, Bangma CH, Aus G, Carlsson S, Villers A, Rebillard X, van der Kwast T, Kujala PM, Blijenberg BG, Stenman UH, Huber A, Taari K, Hakama M, Moss SM, de Koning HJ, Auvinen A; ERSPC Investigators. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med*. 2012 Mar 15;366(11):981–90.
- Le Couteur DG, Doust J. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis.