

La reducción de riesgos en la práctica de la gastroenterología

Dr. José Ramón Nogueira de Rojas*

* Jefatura de Enseñanza. Hospital General, S.S. Irapuato, Gto., México.

Este año el curso de la AGA dentro de DDW se llamó “El reconocimiento y la reducción del riesgo en la práctica de la Gastroenterología”.

Se compuso de cinco temas, la discusión de cada uno se inició con una conferencia sobre método científico y, en ocasiones, otra sobre los aspectos legales. Seguidas de ejemplos de aplicación en diversas enfermedades. Los temas fueron:

- A) Riesgos de error diagnóstico.
- B) Riesgos relacionados con el tratamiento.
- C) Riesgos de no encontrar algo importante.
- D) Riesgos de que la enfermedad progrese.
- E) Riesgos de malgastar el dinero.

Resumo lo que me pareció más importante:

- A-1. La comprensión de los límites de una prueba diagnóstica (Glenn Eisen, Portland, Oregon). Para saber la utilidad de una prueba diagnóstica debemos hacernos unas preguntas: ¿Los datos que avalan su calidad son válidos?: Para contestar debemos preguntarnos: ¿Se realizó una comparación independiente, a ciegas, con un patrón de referencia?: ¿se evaluó la prueba con pacientes de todas las posibilidades de la enfermedad?, ¿ha sido la prueba (o grupo de pruebas) validado en otro estudio, independiente del inicial?: ¿puede la prueba distinguir entre los que tienen la enfermedad y los que no la tienen?: es decir, los viejos conceptos de sensibilidad y especificidad y los más recientes de valor de predicción de una prueba positiva y de una negativa, cociente de probabilidad (likelihood ratio) y el uso de curvas ROC. La última pregunta es la más importante: Una vez convencido de la excelencia de la prueba ¿se la puedo aplicar a este paciente?: Disponibilidad, costo, probabilidad previa de que tenga la enfermedad.¹
- 2. Riesgos médico-legales en relación con el diagnóstico (Andrew Feld, Seattle, Washington). Si se revisan las estadísticas de las aseguradoras, se en-

cuentra que las demandas por mala práctica son más frecuentes por acusaciones de errores diagnósticos (60%), que por errores terapéuticos. Las áreas de alto riesgo son el retraso en el diagnóstico del cáncer del colon (potencialmente curable), la falta de búsqueda de complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y las reacciones adversas de los tratamientos (tema relacionado con el consentimiento).

- 3. Después de esas dos conferencias básicas, Stephan R. Targan, de Los Ángeles, revisó los riesgos de usar pruebas serológicas para el diagnóstico del esprue celíaco y la EII. Concluye que en la enfermedad celíaca las pruebas serológicas y la sospecha clínica tienen alta especificidad y sensibilidad, lo que limita la necesidad de la biopsia intestinal.² En la EEI, por ahora, las pruebas serológicas son poco útiles.
- 4. Rajender Reddy, de Filadelfia, discutió los riesgos de obtener (o no) una biopsia hepática. Se ha considerado que la biopsia es el “metro patrón” para el diagnóstico, estadificación y decisiones terapéuticas de muchas enfermedades hepáticas crónicas, a pesar de que frecuentemente hay error de muestreo y muestras inadecuadas. Se están evaluando marcadores serológicos en varias enfermedades crónicas, particularmente hepatitis C. En el tratamiento de las hepatitis B y C crónicas, el hígado graso no alcohólico y el diagnóstico del hepatocarcinoma, las pruebas clínicas, de laboratorio y de imagen pueden hacer la biopsia innecesaria.³
- B-1. Cómo evaluar la seguridad y eficacia de un tratamiento (Uri Ladabaum, San Francisco, California). Tres preguntas se tienen que contestar: ¿Son válidos los resultados?: Se estudiaron grupos comparables con diferentes tratamientos, a ciegas, con un pronóstico similar y el seguimiento fue completo. ¿Cuáles son los resultados?: El efecto terapéutico fue superior clínicamente (no sólo estadísticamente) y se pudo medir con precisión. Por último, ¿puedo aplicar los resultados a mis pacien-

- tes?: Los pacientes estudiados son como los míos, todas las variables de importancia clínica se tomaron en cuenta, los beneficios superan los riesgos potenciales (y el costo).⁴
2. Riesgos legales de las guías clínicas (Richard E. Moses, Filadelfia). Las guías clínicas se definen como escritos, desarrollados sistemáticamente, para ayudar al médico a tomar decisiones sobre la mejor atención a la salud en una circunstancia clínica específica. Se están utilizando en los juicios por mala práctica tanto por la parte acusadora como por los defensores de los médicos. El demandante tiene que probar que el médico tenía la obligación de atender al paciente y que había incumplido esa obligación, por lo cual el paciente había sufrido un daño. Existen 1,400 guías médicas (<http://www.guideline.gov>).
 3. Amnon Sonnenberg (Portland, Oregon) discute los riesgos y beneficios del uso de aspirina y AINE en el tubo digestivo y más allá. El uso regular de aspirina o de AINE reduce el riesgo de desarrollar cáncer esofágico o colorrectal en 50%. El problema está en que las complicaciones gastroenterológicas del uso de AINE se presentan de 1.5 a 4.5% de los usuarios; por ello, su administración a la población general no es efectiva en relación con el costo de sus complicaciones excepto en pacientes con esófago de Barrett y displasia de alto grado.
 4. Peter J. Kahrilas (Chicago) analiza los riesgos de diferentes métodos para tratar la ERGE. La ERGE tiene poco riesgo excepto el de adenocarcinoma cuya importancia se ha exagerado. Ningún tratamiento lo reduce. Los IBP son efectivos y muy seguros. La cirugía antirreflujo tiene mayor morbilidad que los IBP y que no tratar la ERGE,⁵ por ello, debe aplicarse de manera muy selectiva. Los tratamientos endoluminales (endoscópicos) tienen más riesgo que los IBP y que no dar tratamiento. Aunque estén aprobados por la FDA, siguen siendo experimentales.
 5. Los riesgos de la obesidad y su tratamiento fueron abordados por Samuel Klein (San Luis, Missouri). La pérdida moderada de peso disminuye las complicaciones metabólicas de la obesidad; la pérdida brusca de peso aumenta el riesgo de colelitiasis; la cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo disponible para la obesidad mórbida.⁶
 6. Ann S.F. Lok (Ann Arbor, Michigan) discute los riesgos de los tratamientos actuales para las hepatitis virales. La medida más efectiva para reducir los riesgos asociados con los medicamentos para las hepatitis B y C consiste en poner cuidadosamente en la balanza la intensidad y gravedad de la enfermedad, la posibilidad de respuesta y las enfermedades acompañantes antes de iniciar el tratamiento. Por ejemplo, pacientes con virus C, genotipo 1 y mínima fibrosis no deben ser tratados porque la posibilidad de que se produzca una cirrosis es baja y no justifica el riesgo potencial de los efectos secundarios.⁷
- C-1. El uso práctico de las guías clínicas (James D. Lewis, Filadelfia). La medicina basada en la evidencia reconoce que la intuición, la experiencia clínica no sistematizada y las extrapolaciones basadas en la fisiopatología, forman una base insuficiente para la toma de decisiones en la clínica, por lo que enfatiza que se examine la evidencia obtenida en la investigación clínica. Las guías clínicas de calidad incluyen la revisión sistemática de la bibliografía médica; se le debe dar la mayor credibilidad a las guías basadas en resultados reproducibles de ensayos clínicos; además, para ser útiles, las guías clínicas deben considerar los beneficios y daños potenciales de los tratamientos relevantes.⁸
2. Cómo disminuir el riesgo de no encontrar pólipos o cáncer del colon (Douglas K. Rex, Indianápolis). Tema para endoscopistas. Obtenga consentimiento con previa información para la posibilidad de no encontrar lesiones presentes; documente la inserción hasta el ciego, anote tiempos. Sin importar la indicación, un endoscopista cuidadoso debe encontrar pólipos en cuando menos 25% de los hombres y 15% de las mujeres de más de 50 años de edad. Se ha demostrado que se encuentran más pólipos y cáncer si se invierten cuando menos seis minutos en el examen de salida, si se examina el borde proximal de los pliegues y ángulos, si la distensión, limpieza y preparación son adecuados.⁹
- D-1. Cómo estudiar el pronóstico y la historia natural (Hashem B. El-Serag, Houston). Los estudios sobre pronóstico ayudan a conocer los posibles resultados de una enfermedad o un tratamiento, así como la probabilidad de que ocurran esos resultados. La "historia natural" no existe. Los estudios se hacen atendiendo a los pacientes, lo cual ya no es "natural". Se debe llamar "curso clínico" o "pronóstico". El conocimiento del pronóstico ayuda a paciente y médico a tomar decisiones sobre diagnóstico y tratamiento. Permite comparar la calidad de la atención en diferentes centros.¹⁰

- E-1. Criterios basados en la evidencia para juzgar la validez de un análisis de factores económicos en una enfermedad (John IM. Inadomi, San Francisco, California). En un medio con recursos limitados es necesario que los médicos entiendan los principios económicos fundamentales que definen las políticas de atención a la salud. Se publican muchos estudios de costo/beneficio, para saber si son válidos debo preguntarme si la metodología es la correcta y cuáles son los resultados. Al final tengo que preguntarme si el resultado ayudará a atender mejor a mis pacientes; es decir, ¿los beneficios del tratamiento justifican los costos?, ¿mis pacientes pueden esperar el mismo resultado?, ¿puedo anticipar que en mi caso el costo será similar?¹¹
2. Cómo manejar el riesgo en el diagnóstico del síndrome del intestino irritable (SII) (Charlene M. Prather, San Luis, Missouri). Los criterios basados en síntomas permiten identificar al paciente con SII aunque subestiman la prevalencia; si a los criterios positivos por síntomas se une la ausencia de datos de alarma, el diagnóstico de SII será correcto en la mayoría de los casos. Los estudios paraclínicos son poco útiles y no se justifica su costo.¹² La única excepción es la búsqueda de enfermedad celíaca.¹³

REFERENCIAS

1. Sackett DL, et al. 3- The selection of diagnostic tests. In: Clinical epidemiology. A basic science for clinic. 2nd. Ed. Little Brown; 1991, p. 51.
2. Green PHR, Jabri B. Celiac disease. *An Rev Med* 2006; 57(14): 14.1-14.15.
3. Campbell MS, Reddy KR. Review article: the evolving role of liver biopsy. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 249-59.
4. Users' guide to the medical literature. American Medical Association, 2002. Si no se tiene acceso a ese libro en el que se publican todos los artículos, se pueden buscar en *JAMA* desde 1993 hasta el 2000. Todos (del I al XXV) son publicados por el Evidence-Based Medicine Working Group.
5. Flum DR, Koepsell T, Heagerty P, Pellegrini CA. The nationwide frequency of major adverse outcomes in antireflux surgery and the role of surgeon experience. *J Am Coll Surg* 2002; 195: 611-18.
6. Klein S, Wadden T, Sugeran HJ. American Gastroenterological Association Technical Review: Clinical Issues in Obesity. *Gastroenterology* 2002; 123: 882-932.
7. Strader DB, Wright T, Thomas DL, et al. AASLD Practice Guidelines: Diagnosis, management and treatment of hepatitis C. *Hepatology* 2004; 39: 1147-71.
8. McAlister F, Straus S, Guyatt GH, Haynes R. Users' guide to the medical literature. XX. Integrating research evidence with the care of the individual patient. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 2000; 283: 2829-33.
9. Rex D, Cutler CS, Lemmel GT, et al. Colonoscopic miss rates of adenomas determined by back-to-back colonoscopies. *Gastroenterology* 1997; 112: 24-8.
10. Laupacis A, Wells G, Richardson WS, Tugwell P. Users's guide to the medical literature. V. How to use an article about prognosis. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 272: 234-7.
11. Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, et al. Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *JAMA* 1996; 276: 1253-8.
12. Cash BD, Chey WD. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin N Am* 2005; 34: 205-20.
13. Spiegel BM, DeRosa VP, Gralnek IM, et al. Testing for celiac sprue in IBS with predominant diarrhea: a cost-effectiveness analysis. *Gastroenterology* 2004; 126: 1721-32.