

Excesos médicos en la atención a los pacientes

Hemos identificado un trabajo publicado por Intramed que nos ha parecido interesante. Está escrito en un lenguaje técnico que podría no ser comprensible por todos los socios de igual forma, pero en resumen deja algunas sugerencias que es interesante conocer. Trata sobre excesos médicos en la atención a los pacientes. Pruebas diagnósticas y tratamientos que tal vez no sea necesario implementar.

■ Si algo debemos rescatar con más fuerza de todo esto, es la necesidad que los pacientes y sus familiares compartan siempre las principales decisiones médicas, ya sea en materia diagnóstica como de tratamientos. Cada día las informaciones médicas están más al alcance de la gente, y esto coloca a los pacientes, en su relación con los profesionales médicos, en una dinámica muy diferente a lo que sucedía en décadas anteriores. Los dejamos con este trabajo.

SOBRETRATAMIENTOS

- 1) la falta de utilidad de la ecocardiografía transesofágica para el diagnóstico del ACV de causa desconocida
- 2) el empleo creciente de la tomografía computarizada en el servicio de urgencias
- 3) la ecografía carotídea y la revascularización efectuadas para indicaciones inciertas o inapropiadas.

PROCEDIMIENTOS DONDE LOS PERJUICIOS SUPERAN LOS BENEFICIOS

- a) el tratamiento para el cáncer de próstata en etapa inicial, que no disminuye la mortalidad, pero aumenta el riesgo de disfunción eréctil.
- b) la administración de oxígeno para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica



(EPOC) moderada.

- c) la cirugía para el desgarro de menisco con síntomas mecánicos.
- d) las intervenciones nutricionales para pacientes hospitalizados con desnutrición.

MÉTODOS

Se seleccionaron artículos de las distintas bases de datos científicos de las cuales se obtuvieron 1224 estudios relacionados con el exceso terapéutico. Esta cifra quedó reducida a 10 artículos que fueron los más importantes según el consenso de los autores de este artículo y que se organizaron en las siguientes clases:

- exceso de estudios diagnósticos
- sobretreatmento
- servicios a cuestionar

- métodos para disminuir el sobreempleo.

Exceso de estudios diagnósticos

El ecocardiograma transesofágico es más sensible que el transtorácico para diagnosticar la etiología del accidente cerebrovascular (ACV) sin beneficio para el paciente.

• Antecedentes

Las recomendaciones para el diagnóstico de pacientes con accidente (ACV) consideran el empleo de la ecocardiografía. Aunque los estudios conjuntos sugieren que la ecocardiografía transesofágica es más informativa que la transtorácica para detectar las causas cardíacas de ACV, no está demostrado que



estos datos afecten el tratamiento.

• Resultados

Un estudio retrospectivo de cohortes evaluó los hallazgos de la ecocardiografía transesofágica en 263 pacientes > 60 años con ACV de causa desconocida y ecografía transesofágica normal y, si bien se identificó una causa potencial de embolia en el 42,6% de los pacientes, solo en un paciente (0,4%) se detectaron trombos en la orejuela de la aurícula izquierda que justificaron un cambio en el tratamiento.

• Consecuencias

Debido a que la ecocardiografía transesofágica es invasiva, requiere sedar al paciente y no aporta cambios terapéuticos sustanciales, no se la recomienda como estudio diagnóstico en pacientes con ACV.

Subempleo de la prueba del dímero-D y sobreempleo de arteriografía pulmonar por tomografía computarizada en pacientes con sospecha de embolia pulmonar.

• Antecedentes

Se recomiendan los algoritmos diagnósticos en pacientes con embolia pulmonar. La determinación del dímero-D se recomienda como prueba inicial en pacientes con probabilidad de embolia pulmonar de baja a intermedia. A pesar de estas recomendaciones creció considerablemente el empleo de arteriografía pulmonar por tomografía computarizada (TC).

• Resultados

Un estudio de cohortes retrospectivo evaluó a 2031 pacientes consecutivos en los que se efectuó arteriografía pulmonar por TC. Aproximadamente la mitad de estos estudios se efectuaron en el servicio de urgencias. Entre aquellos con baja probabilidad de em-



bolia pulmonar (n= 1784 (87,8% de la cohorte), estos estudios fueron la prueba inicial en 1084 pacientes (60,8%). Se realizaron incluso en 78 pacientes con prueba de dímero-D negativa. Además, la prueba del dímero-D se efectuó en 68 pacientes con alta probabilidad de embolia pulmonar, en quienes esta prueba no se recomienda.

• Consecuencias

Este empleo inadecuado de los métodos de diagnóstico sin tener en cuenta los algoritmos, redundan en gasto de tiempo y dinero y exponen al paciente a daño por exposición a radiación y sustancia de contraste innecesarias.

La TC se está indicando cada vez más en pacientes con síntomas respiratorios a pesar de su escasa utilidad.

• Antecedentes

La TC puede ser valiosa cuando orienta las decisiones terapéuticas mejor que otras estrategias diagnósticas.

• Resultados

Un análisis de datos del National Hospital Ambulatory Medical Care

Survey entre 2001 y 2010 identificó 23.416 visitas a servicios de urgencias por problemas de las vías respiratorias superiores (dolor de garganta o congestión nasal) o de las vías respiratorias inferiores (tos y disnea). La TC se indicó en el 2,2% y el 9,4% de los pacientes respectivamente. Estos estudios no modificaron el tratamiento ni la necesidad de hospitalización.

• Consecuencias

El empleo de estudios por imágenes por problemas respiratorios, especialmente los no agudos, aumentó considerablemente en los últimos años en los servicios de urgencias, sin mejorar el tratamiento de los pacientes. El empleo de la TC puede generar el sobrediagnóstico de hallazgos incidentales y además es perjudicial debido a la exposición a la radiación. Se considera que entre el 1,5% y el 2,0% de los tumores malignos en los Estados Unidos son atribuibles a radiación por TC.

La ecografía carotídea y la revascularización carotídea en pacientes



asintomáticos se emplean con frecuencia con indicaciones inciertas o inapropiadas.

- **Antecedentes**

La revascularización carotídea (endarterectomía o colocación de stent), se realiza con frecuencia en personas con suboclusiones asintomáticas. No se conoce la conveniencia de la ecografía carotídea para detectar estenosis asintomáticas.

- **Resultados**

Un estudio de cohortes retrospectivo evaluó las indicaciones de ecografía carotídea en 4127 pacientes de ≥ 65 años que fueron sometidos a revascularización carotídea por estenosis asintomáticas. La ecografía carotídea se consideró apropiada en el 5,4% de los pacientes, imprecisa en el 83,4%, e inadecuada en el 11,2%. Las indicaciones más inciertas fueron el soplo carotídeo seguido de enfermedad carotídea comprobada. Las indicaciones más inadecuadas fueron mareos, vértigo, síncope y cambios en la vista. Al término de 5 años de la revascularización carotídea, el 28,6% de los

pacientes había fallecido.

- **Consecuencias**

Casi el 95% de las ecografías carotídeas realizadas en pacientes asintomáticos que después fueron sometidos a procedimientos invasivos tenía indicaciones inciertas o inadecuadas.

Tratamiento excesivo

El tratamiento intensivo del cáncer de próstata se asocia con disfunción eréctil e incontinencia sin modificaciones en la mortalidad.

- **Antecedentes**

El enfoque terapéutico óptimo del cáncer de próstata sigue siendo incierto

- **Resultados**

Un estudio aleatorizado comparó radioterapia, cirugía y control activo en 1643 hombres con cáncer de próstata localizado, diagnosticado por antígeno prostático específico (APE). Se controló a los pacientes hasta 10 años para detectar mortalidad y síntomas relacionados con la próstata. La tasa de muerte por cáncer de próstata fue del 1% sin diferencias entre los grupos. Las metástasis y la progresión de la enfermedad fueron más frecuentes en el grupo de control activo. La disfunción eréctil y la incontinencia fueron más frecuentes entre los pacientes del grupo quirúrgico.

- **Consecuencias**

En la mayoría de los hombres con cáncer de próstata detectado por antígeno prostático, el control activo ofrece mejor calidad de vida sin cambios en la mortalidad, en relación con la cirugía y la radioterapia.

Indicaciones cuestionadas

El aporte de oxígeno no beneficia a

los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insaturación moderada.

- **Antecedentes**

El tratamiento con oxígeno prolonga la supervivencia para los pacientes EPOC e insaturación grave. No se sabe a ciencia cierta si los pacientes con EPOC e hipoxemia de leve a moderada se podrían beneficiar con la administración de oxígeno.

- **Resultados**

Un estudio aleatorizado multicéntrico comparó el aporte complementario de oxígeno durante 24 horas con la ausencia de este tratamiento en pacientes con EPOC estable e insaturación moderada (89%-93%) en reposo o producida por el ejercicio. Después de una mediana de 18 meses de seguimiento no se observaron diferencias en el tiempo transcurrido hasta la muerte o la hospitalización por cualquier causa. Tampoco se observaron diferencias en la calidad de vida, la depresión, la ansiedad, la función pulmonar o el estado físico.

- **Consecuencias**

El aporte complementario de oxígeno no beneficia a los pacientes con EPOC estable e insaturación moderada. Por el contrario, aumenta los costos y el daño producido por el oxígeno.

La cirugía para el desgarro de menisco, aún con síntomas mecánicos no aporta beneficios.

- **Antecedentes**

La osteoartritis de la rodilla es muy frecuente entre los ancianos y puede generar considerable discapacidad. Los síntomas mecánicos a menudo se atribuyen a desgarros asociados de los meniscos. A pesar



de que la cirugía artroscópica para la osteoartritis tiene escasos beneficios a largo plazo, la meniscectomía en pacientes con desgarros de los meniscos sigue siendo discutida, en especial en pacientes con síntomas mecánicos de la rodilla

• Resultados

Un estudio aleatorizado comparó los síntomas mecánicos a largo plazo en 146 pacientes con desgarros degenerativos de menisco, que fueron aleatorizados a meniscectomía parcial o simulacro de cirugía. Al término de un año no hubo diferencias en la tasa de síntomas mecánicos entre ambos grupos.

• Consecuencias

La cirugía no mejora los síntomas mecánicos a largo plazo en pacientes con desgarrado degenerativo de menisco. Estos datos coinciden con otro estudio aleatorizado efectuado en 2016 que no encontró diferencia entre la meniscectomía parcial y la fisioterapia en pacientes con desgarrado degenerativo de menisco. Los posibles efectos perjudiciales asociados a la cirugía deberían inclinar a los médicos a favor de tratamientos conservadores.

Escaso beneficio del aporte nutricional a pacientes internados.

• Antecedentes

La desnutrición es frecuente en los pacientes internados y se asocia con aumento de la morbimortalidad, pero el beneficio del aporte nutricional no está dilucidado

• Resultados

Una revisión sistemática y un metaanálisis de 22 estudios aleatorizados que incluyeron a 3376 pacientes con desnutrición o con riesgo de desnutrición compararon intervenciones de aporte nutricional con



asesoramiento nutricional o sin él en 2 situaciones: alimentación enteral y control.

Si bien los pacientes que recibieron aporte nutricional tuvieron más consumo de calorías y mayor aumento de peso, no hubo diferencias en la mortalidad (9,8% vs. 10,3%), las infecciones hospitalarias, la evolución y tiempo de internación. Las rehospitalizaciones no programadas disminuyeron en un 29% con las intervenciones nutricionales.

• Consecuencias

El aporte nutricional en pacientes internados con desnutrición o en riesgo de desnutrición, no aporta beneficios en la evolución y no es recomendable.

Métodos para reducir la sobreindicación

Médicos que recetan menos antibióticos en relación con sus colegas.

• Antecedentes

Hasta el 50% del empleo de antibióticos es inapropiado y expone a los pacientes al riesgo de episodios adversos, resistencia bacteriana e infección con *Clostridium difficile* sin beneficio alguno.

• Resultados

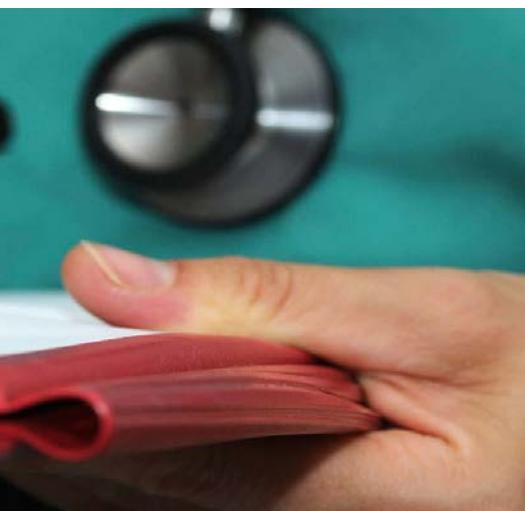
Un estudio aleatorizado grupal de 47 consultorios con 248 médicos en dos ciudades de los EEUU, examinó el efecto de una de tres intervenciones aleatorizadas sobre la prescripción de antibióticos para las infecciones respiratorias agudas: sugestión de alternativas, justificación según textos apropiados o emails que comparaban a los médicos estudiados con profesionales reconocidos. La media de las tasas inapropiadas de prescripción de antibióticos descendió del 24,1% antes de la intervención al 13,1% después de la misma; el mayor efecto se observó en los médicos aleatorizados a la comparación con otros profesionales.

• Consecuencias

La prescripción de antibióticos en pacientes ambulatorios puede mejorar a través de la retroalimentación de los médicos sobre las cifras del sobreempleo.

La toma de decisiones compartida en pacientes con precordialgia y bajo riesgo con el empleo de un sistema de ayuda, disminuye los estudios cardíacos.

• Antecedentes



La precordialgia es la segunda causa más frecuente de visita a los servicios de urgencia. Los estudios por imágenes en pacientes con precordialgia se triplicaron en 10 años y a los pacientes de bajo riesgo se les suelen indicar estudios no invasivos que producen hospitalizaciones innecesarias, estudios invasivos e intervenciones.

• Resultados

Un estudio pragmático realizado en 6 servicios de urgencia incluyó a 898 pacientes con precordialgia. Los pacientes fueron aleatorizados a un sistema de ayuda para la toma de decisiones o al enfoque habitual. En comparación con el enfoque habitual, los pacientes con el sistema de ayuda para la toma de decisiones fueron menos proclives a optar por la internación para estudios cardíacos (37% vs 52%, $P < 0,001$) o recibirlos dentro de los 30 días (38% vs 46%, $P = 0,01$). Los pacientes que recibieron asesoramiento tuvieron mayor conocimiento del riesgo de un síndrome coronario agudo y se comprometieron más en la toma de decisiones.

No se produjeron episodios cardíacos adversos importantes. La con-

versación promedio entre médico y paciente fue 1,3 minutos más prolongada que con el enfoque habitual.

• Consecuencias

Los pacientes que consultaron por precordialgia de bajo riesgo estuvieron más involucrados en el tratamiento y recibieron menos estudios cuando se empleó un sistema de ayuda que facilitó la toma de decisiones compartida. La misma estrategia se debería aplicar en otras situaciones.

Discusión

En 2016 se produjo una expansión continua de la literatura médica sobre el exceso de las indicaciones y el tratamiento. Esto determinó que los autores del presente estudio examinaran más de 1200 artículos en 2015, a diferencia de 821 en 2015 y 440 en 2014.

Como resultado de la revisión de 2015 surgieron varios temas relacionados con el exceso terapéutico. En primer lugar el uso de las complejas tecnologías de los estudios por imágenes avanza en forma creciente. La gran cantidad de estudios innecesarios produce sobrediagnóstico y somete al paciente al riesgo de episodios adversos.

Por lo tanto es necesario realizar cambios en la práctica médica para proteger a los pacientes contra nuevas tecnologías que pueden producir efectos desfavorables. Estos cambios podrían incluir la exigencia de la Food and Drug Administration (FDA) de demostrar que las nuevas tecnologías y métodos diagnósticos mejoran los resultados y la evolución de los pacientes.

Por su parte, los médicos deben

limitar el empleo de procedimientos cuyos resultados no están adecuadamente comprobados. Además, especialmente los médicos de atención primaria, pueden reducir el empleo innecesario de nuevas tecnologías limitando derivar al especialista a pacientes cuya situación médica no requiere procedimientos agresivos o invasivos. Además de estudios que demuestren la falta de utilidad o el posible daño de procedimientos como el aporte de oxígeno suplementario, la cirugía de meniscos de la rodilla o el aporte nutricional en pacientes hospitalizados, algunos autores intentaron intervenciones para disminuir tratamientos innecesarios o perjudiciales.

Por otro lado, la toma de decisiones compartida con el paciente ha surgido como una posibilidad contra el sobretratamiento. Para el empleo inapropiado de antibióticos, comparar a los médicos con sus colegas más prestigiosos ha resultado un buen método para disminuir la sobreprescripción.

Conclusiones

El rápido crecimiento de la literatura médica sobre el sobretratamiento es alentador. El conocimiento de los mejores enfoques para reducirlo al mínimo, junto con los esfuerzos que se están realizando para identificar el sobreempleo de indicaciones, serán esenciales para disminuir los tratamientos innecesarios.