

Pertinencia o priorización en la realización de colonoscopias

Mario H. Rey Tovar, MD. Martín Alonso Garzón O., MD.

En el presente número de la revista Colombiana de Gastroenterología, los doctores Otero W, Rodríguez H y Gómez M (1), presentan un interesante estudio sobre la pertinencia de colonoscopias en dos Unidades de Gastroenterología en Bogotá. Cuando abordamos este tema nos asaltan muchos cuestionamientos sobre las indicaciones para realizar este tipo de procedimientos. La pertinencia de los procedimientos endoscópicos no debe ser evaluada de acuerdo a los resultados relevantes o irrelevantes del mismo, sino a la indicación del procedimiento, evaluada durante la consulta médica y en esta decisión influyen factores como la edad del paciente, antecedentes, síntomas, signos clínicos, exámenes previos, etc. En el estudio de los doctores Otero y cols no se describe, tanto en los casos de pertinencia como de no pertinencia, si fue tenida en cuenta la edad para clasificar a los pacientes ni la relación de ésta con otras indicaciones no incluidas en la clasificación de la ASGE (2) (como son la pérdida de peso, el dolor abdominal, estreñimiento, el síndrome de intestino irritable, etc.) ya que esta relación puede convertir una colonoscopia no pertinente en pertinente. Es importante anotar además que el diagnóstico correcto de cualquier componente digestivo sin el uso de endoscopia es potencialmente irreal, (3, 4) ya que sin estos estudios, en diferentes publicaciones se ha visto, más del 50% de lesiones clínicamente significativas pueden ser no detectadas; de hecho en la serie del doctor Otero y cols, como ellos mismo lo anotan "en un número no desprecia-

ble" de procedimientos no pertinentes encontraron hallazgos relevantes como pólipos (6,9%) y cáncer colorrectal (0,81%). Es importante anotar que pueden existir indicaciones para el examen que no aparecen dentro de las guías recomendadas por la ASGE y esto no significa que la indicación del examen no sea pertinente; de hecho, en las guías de indicadores de calidad para colonoscopia de la ASGE la presencia de una indicación no estándar, no excluye la indicación sino que recomiendan que sea justificada en el formato de solicitud (6).

Por otra parte, es claro el concepto de relevancia en un hallazgo endoscópico (para algunos aquel que tiene consecuencias terapéuticas y/o pronósticas directas) (3), pero la definición de hallazgos irrelevantes es más complicada pues por ejemplo, las hemorroides, las fisuras anales simples, los divertículos no complicados o el resultado endoscópico normal, son usualmente considerados como hallazgos no relevantes, (como lo refieren en el artículo los doctores Otero y cols); sin embargo, un procedimiento endoscópico normal puede llevar a disminuir el uso empírico de medicamentos, a una mejor utilización de los recursos de salud, proporcionar tranquilidad a la mente del paciente y del médico tratante y puede disminuir la tasa de referencia a consulta especializada, convirtiéndolo en un resultado relevante (3).

Aunque no son muchos, en nuestro medio existen algunas publicaciones sobre incidencia de cáncer

colorrectal, con hallazgos sorprendentes como los anotados por el Dr. Márquez J (5) donde reporta, en dos estudios, una incidencia de cáncer colorrectal en pacientes menores de 40 años por encima del 20%, incidencia dos a tres veces mayor que la reportada a nivel mundial para este grupo de edad. La realización de la colonoscopia, como lo expresan claramente los autores, ha reemplazado al colon por enema en el estudio del colon y quizás esto ha permitido la detección oportuna de patología colorrectal maligna, que puede explicar la incidencia reportada en los trabajos que menciona el Dr. Márquez. Además, el uso de la colonoscopia ha resultado ser el método de tamizaje más efectivo para la detección de cáncer de colon en pacientes mayores de 50 años y en pacientes menores con algún factor de riesgo (6).

Aunque el modelo de acceso abierto para la solicitud de exámenes diagnósticos como la colonoscopia puede haber congestionado las listas de espera para la realización del procedimiento, algunos autores consideran que la implementación de criterios de pertinencia parece prematuro y está emergiendo una tendencia opuesta que hace referencia a que cualquier síntoma abdominal debe ser investigado al menos una vez por endoscopia, mientras que criterios más rígidos deben ser definidos para procedimientos endoscópicos repetidos; de acuerdo a esto, todos los procedimientos endoscópicos pueden ser pertinentes en pacientes quienes están siendo investigados por primera vez independientemente si su razón es por presencia de síntomas o por tamizaje y recomiendan realizar una priorización de los procedimientos endoscópicos en categorías (emergencia, urgencia o de rutina), lo cual puede aliviar el problema de la lista de espera sin negarle el beneficio de este procedimiento a los pacientes (3).

Es imposible pensar que la mayoría de los exámenes de vías digestivas bajas que a diario realizamos deban ser solicitados exclusivamente por gastroenterólogos y/o coloproctólogos ya que esta conducta colapsaría aún más la oportunidad de citas con estas especialidades en las diferentes instancias del régimen

de salud a nivel nacional y desviaría la atención del especialista a solicitar exámenes y no a resolver la patología gastrointestinal que nos concierne; además, estaríamos dando un mensaje muy negativo y poco solidario a nuestros colegas al inferir que no tienen la capacidad para solicitar exámenes diagnósticos, en especial los médicos generales, convirtiéndolos en simples transcriptores o remitidores de pacientes, siendo por el contrario profesionales capacitados, soporte del sistema nacional de salud y en nuestro concepto, profesionales en quienes, si se refuerza la educación médica continuada, programas de actualización científica, con énfasis en las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de este tipo de procedimientos, está la capacidad de definir la pertinencia de los mismos. Igual que los autores creemos que es necesario adoptar una guía que se ajuste a las necesidades y realidades de nuestro país, para que sirvan de base en la solicitud de este procedimiento.

REFERENCIAS

1. Otero W, Rodríguez H, Gómez M. Pertinencia de la colonoscopia en dos unidades de Gastroenterología de Bogotá, Colombia. Rev Col Gastroenterol 2008; 23(2): 97-98.
2. American Society of Gastrointestinal endoscopy. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 2000; 52: 831-7.
3. Andriulli A, Annese V, Terruzzi V, et al. "Appropriateness" or "prioritization" for GI endoscopic procedures? Gastrointest Endosc 2006; 63(7): 1034-1036.
4. Bersani G, Rossi A, Ricci G, et al. Do ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy enhance the probability of finding relevant pathologies in an open access service? Dig Liver Dis 2005; 37(8): 609-14.
5. Márquez JR. Cáncer de colon. En Temas escogidos de Gastroenterología. Asociación Colombiana de Gastroenterología. Primera edición 2007. p. 103-114.
6. Rex D, Petrini J, Baron T, et al. Quality indicator for colonoscopy. Am J Gastroenterol 2006; 101: 873-885.