

LA APUESTA DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS/ DIGESTIVO

EL SEGUIMIENTO, EN EL PUNTO DE MIRA

El seguimiento a los pacientes centra las recomendaciones de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Estas pautas constituyen un complemento de las guías de tratamiento que esta entidad elabora y revisa periódicamente

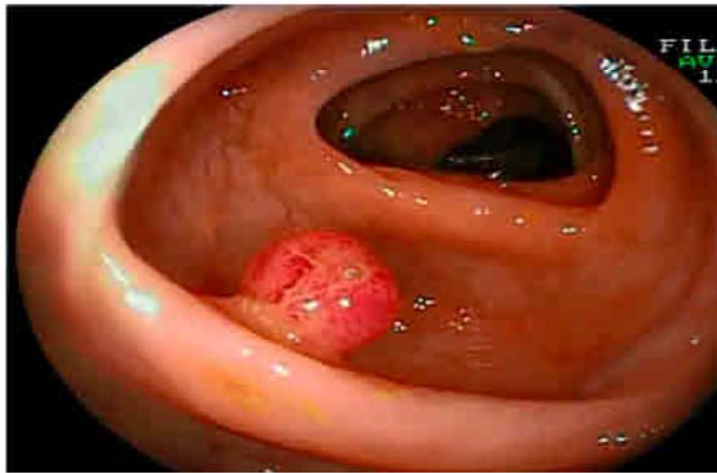
MARÍA SÁNCHEZ-MONGE
 Maria.Sanchez@diariomedico.com

Los procedimientos terapéuticos y diagnósticos desaconsejados por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) dentro de la iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España fueron sometidos a un intenso debate, según relata el presidente de la entidad, Fernando Carballo. "La SEPD comparte la idea de que no solo conviene hacer guías con recomendaciones basadas en la evidencia sobre lo que hay que hacer en función de ganar valor en salud, sino también ir fijando recomendaciones de no hacer, que permitan desaconsejar prácticas que no aporten valor en salud".

En esta especialidad, el líder del proyecto es Miguel Muñoz Navas, anterior presidente de la SEPD y actual presidente de la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD). Al valorar la lista de posibles recomendaciones que se iban a remitir a los promotores del programa, la SEPD valoró, en primer lugar, "la aplicabilidad de las recomendaciones establecidas por la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA)".

Dos de las cinco recomendaciones de la AGA van dirigidas "a la adecuación del seguimiento en los programas de cribado de cáncer colorrectal. La recomendación número dos se refiere a la no necesidad de repetir el cribado antes de tiempo en caso de haber sido negativo, y la número tres a la adecuación de la vigilancia después de quitar los pólipos en estos programas para evitar exceso de pruebas. La recomendación cuatro se centra también en no acortar los plazos de seguimiento en otra de las patologías pretumorales", resume Carballo.

"Solo la primera recomendación de la AGA se refiere a optimización de un tratamiento, en el sentido de no usar más dosis que la imprescindible para el control de la enfermedad", agrega el presidente de la SEPD, quien añade que "la última



vuelve a ser una recomendación de no hacer en diagnóstico".

Con estos antecedentes, concluye Carballo, "se puede comprobar que, en gran medida, la tendencia dentro de estas recomendaciones va en la línea de no sobreexplorar, especialmente en los seguimientos".

DESARROLLO

Para redactar sus recomendaciones, la SEPD recibió una lista de propuestas desde los promotores del proyecto. En este punto, Carballo aclara que "algunas de las propuestas de los promotores no se ajustaban exactamente al campo de



Fernando Carballo, presidente de la SEPD.

LA SEPD RECOMIENDA...

Estas pautas se enmarcan en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinado por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

- 1 No programar revisiones ni colonoscopias antes de 5 años en el seguimiento postpolipectomía de pacientes con uno o dos adenomas menores de un centímetro, **sin displasia de alto grado**, completamente extirpados en una **colonoscopia de alta calidad**.
- 2 No dar **profilaxis antibiótica** a personas con **pancreatitis aguda leve**.
- 3 No prescribir **IBP como gastroprotección** en pacientes sin factores de riesgo de **complicaciones gastrointestinales**.
- 4 **No restringir** la ingesta de líquidos en los pacientes con ascitis, salvo en presencia de **hiponatremia dilucional** con **natremia inferior a 125 meq/l**.
- 5 No utilizar la **detección de anticuerpos IgA, ni IgG anti-gliadina** para el diagnóstico de la **enfermedad celíaca**.

Fuente: MSSIS

nuestra especialidad y otras estaban formuladas en el entorno de la enfermedad alcohólica".

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la sociedad no está del todo satisfecha con la redacción final de la primera recomendación; se decantaba por una más genérica: "No programar revisiones ni colonoscopias en el seguimiento postpolipectomía de adenomas adelantando los plazos respecto de lo indicado por la guía europea para la calidad del cribado y el diagnóstico del cáncer colorrectal". En cualquier caso, la SEPD se que-

da con el mensaje principal de que "evitar el sobreseguimiento es crucial para la adecuación de la práctica de la colonoscopia y la sostenibilidad de estos programas que involucran a grandes grupos de población".

En cuanto a la segunda recomendación, Carballo comenta que "la antibioprofilaxis en la pancreatitis aguda solo está indicada en presencia de infección demostrada". Respecto a la cuarta, señala que "es una recomendación basada en el mejor conocimiento de la fisiopatología de la ascitis. Obliga a tener en cuenta que únicamente ante niveles de sodio bajos puede estar indicada una reducción del aporte hídrico en el cirrótico con ascitis. Hacerlo de forma generalizada no es adecuado".

Finalmente, la quinta recomendación, que insta a "no utilizar la detección de anticuerpos IgA, ni IgG anti-gliadina para el diagnóstico de la enfermedad celíaca", forma parte, según Carballo, "de las recomendaciones del grupo promotor". La SEPD la considera "adecuada", pues los anticuerpos anti-transglutaminasa tienen mejor rendimiento diagnóstico".

El presidente declara que "la SEPD está decidida a mantener una línea de incrementar recomendaciones de *no hacer*".

SOBREPRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: EL PROBLEMA SIGUE SIN SOLUCIÓN

MARÍA SÁNCHEZ-MONGE
 dmredaccion@diariomedico.com

El consejo de "no prescribir inhibidores de la bomba de protones (IBP) como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo gastrointestinales" es, a juicio de Julio Ponce, jefe del Servicio de Patología Digestiva del Hospital Quirón Valencia, muy pertinente. "La prescripción inadecuada de IBP se viene denunciando desde finales de los años 90", resalta el experto.

En 2003, la Asociación Española de Gastroenterología

y la Sociedad Española de Reumatología emitieron unas recomendaciones para el uso adecuado de estos fármacos. En 2014 se actualizaron esas guías con la participación de la Sociedad Española de Cardiología.

Ponce resume que la inadecuación del uso de IBP se produce porque no se valora bien el riesgo de quienes los reciben. Con frecuencia se prescriben porque se ha recetado un antiinflamatorio o en situaciones de polifarmacia, criterios que no justifican por sí solos esta

indicación. La edad, la hemorragia digestiva o úlcera y si el paciente recibe anticoagulantes o antiagregantes son los auténticos factores de riesgo.

USO HOSPITALARIO

Ponce relata que "el consumo de IBP en España aumentó un 227 por ciento en el periodo 2004-2010". En todo caso, "el coste para las arcas públicas de estos fármacos se incrementó sólo un 21,3 por ciento", debido fundamentalmente al impacto de la entrada de los

genéricos.

También destaca los estudios que constatan que la hospitalización se ha asociado a un uso elevado de IBP. Por ejemplo, un estudio del Hospital Universitario de Michigan mostró que en el momento del ingreso el 29 por ciento de los pacientes seguía tratamiento anti-secretor (el 33 por ciento con IBP) y que el porcentaje se incrementó al 71 por ciento (84 por ciento de IBP) en el alta. Se estimó que sólo estaba justificada la indicación en el 10 por ciento.

LA APUESTA DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS/CARDIOLOGÍA

UN PASO TÍMIDO, PERO MUY NECESARIO

Las primeras recomendaciones del Compromiso por la Calidad aportadas por la Sociedad Española de Cardiología constituyen un primer paso, insuficiente, pero esencial hacia una optimización de la asistencia a los enfermos

SONIA MORENO
soniamb@diariomedico.com

Las recomendaciones sobre tratamientos que no deben realizarse alcanzadas por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), dentro del Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, suponen sobre todo un comienzo, un acuerdo de mínimos que ya desde su nacimiento se percibe insuficiente. Así lo exponen expertos del comité que participó en su elaboración, y que califican estas pautas para *No tratar* de tímidas, aunque muy necesarias, principalmente porque abren un camino –ampliable– hacia una mayor concienciación sobre el buen uso de los recursos sanitarios.

Para Iñaki Lekuona, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital de Galdácano-Usansolo, en Vizcaya, "se podrían hacer muchas otras propuestas; es evidente que éstas constituyen un acercamiento tímido, centrado sólo en la farmacoterapia, dejando a un lado el empleo de las técnicas de imagen, entre otras áreas". Así, las recomendaciones iniciales, elegidas por consenso (ver cuadro), pueden parecer algo obvias al especialista.

SIN EVIDENCIAS

Es el caso del empleo del clopidogrel en monoterapia tras el infarto agudo de miocardio (IAM) y la indicación de fibratos de rutina en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, que no cuentan con ningún aval científico.

Sobre el uso de los antagonistas de canales del calcio para reducir el riesgo cardiovascular tras un infarto de miocardio, indicación desaconsejada, Lekuona es tajante: "Estos fármacos no aportan nada a los pacientes, incluso pueden hacer más daño".

Tampoco hay evidencias sobre los beneficios de emplear antiarrítmicos en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda; de hecho, este tipo de fármacos pueden generar actividad proarrítmica. Asimismo, los antiarrítmicos se de-



Las pruebas de imagen serán objeto de próximas recomendaciones.

saconsejan en pacientes con fibrilación auricular persistente con una causa reconocible donde se ha restablecido la cardioversión.

Lo idóneo ahora sería avanzar con nuevos puntos. Domingo Marzal, jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario de

Mérida, y otro de los expertos del comité, sugiere algunos sobre los que se podría trabajar: "Podríamos revisar las recomendaciones del tratamiento antitrombótico en los pacientes con fibrilación auricular; actualizar el empleo de biomarcadores en el diagnóstico de los pa-

LA SEC RECOMIENDA...

Estas pautas se enmarcan en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinado por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

- 1 No usar** como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia **tras un infarto de miocardio.**
- 2 No prescribir fibratos** de forma rutinaria para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular.
- 3 No utilizar** de forma rutinaria **antagonistas de canales de calcio** para reducir el riesgo cardiovascular después de un infarto de miocardio.
- 4 No usar en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda**, por sus efectos adversos (empeoramiento de la insuficiencia cardiaca, proarritmia, muerte), **agentes antiarrítmicos** (con especial énfasis en los del grupo I-C).
- 5 En pacientes con fibrilación auricular persistente** en los cuales se ha corregido la causa de la misma (ej. infección pulmonar o fiebre) y se ha llevado a cabo con éxito cardioversión, **no se recomienda el uso de antiarrítmicos** para mantener el ritmo sinusal, a no ser que haya factores de riesgo para la recurrencia.

Fuente: MSSIS

cientes con dolor torácico o cardiopatía isquémica; estudiar el uso de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) en pacientes con insuficiencia cardiaca o tras un IAM, y analizar las pautas de profilaxis antibiótica para prevenir la endocarditis infec-

ciona, entre otros ámbitos diversos".

RETOS

Al margen de las recomendaciones para *No tratar*, Marzal considera que los retos de mejora de la especialidad incluyen la optimización de las relaciones con

la atención primaria y la atención al paciente crónico; en concreto, "habría que homogeneizar todo el proceso asistencial del síndrome cardiaco agudo y de la insuficiencia cardiaca".

En ello abunda Lekuona, al señalar sobre las tres patologías claves, y las que más recursos consumen, en Cardiología –insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular–, que podrían beneficiarse mucho de los equipos multidisciplinares, donde se incluya, además de a la cardiología, a la medicina de familia y a la enfermería "capacitada". Sobre esto último se exclama: "La enfermería no puede ser café para todo. Son profesionales que tienen mucho peso en la adherencia al tratamiento, en la educación al paciente y en la identificación de signos de alarma".

Con todo, apela a la responsabilidad, no ya sólo entre los profesionales sanitarios y políticos, sino también en toda la sociedad para mantener un valioso sistema sanitario.

INDICADORES DE RESULTADOS MÍNIMOS PARA CONTRARRESTAR LA VARIABILIDAD

S. MORENO
soniamb@diariomedico.com

La apuesta de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) por optimizar la labor asistencial queda también patente en un nuevo documento elaborado por estos profesionales, junto con los de la Sociedad Española de Cirugía Cardíaca y de la Europea de Cardiología.

El consenso de las tres sociedades, que además ha sido revisado por el Ministerio de Sanidad y las autonomías, establece los indicadores de resultados mínimos de salud que en el ámbito de la cardiología y la cirugía cardiaca deben cumplirse en toda España.

El presidente de la SEC y uno de los coordinadores del documento, José Ramón

González-Juanatey, ha avanzado a DM, a modo de ejemplo, uno de los múltiples indicadores recogidos: "En un área con un programa de atención al infarto agudo de miocardio, excluyendo a los pacientes que lleguen a urgencias inconscientes o en *shock*, la mortalidad hospitalaria (a 30 días) debería ser menor del 5 por ciento".

Para González Juanatey, hasta cierto punto resulta normal que exista heterogeneidad en España, "pero lo que no puede haber es una variabilidad extrema". Con la determinación de objetivos asistenciales concretos para el ejercicio de la cardiología y la cirugía cardiaca, se persigue arrinconar esa variabilidad.

El también jefe de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) apunta que la elaboración del documento ha sido un trabajo laborioso, al que se siente especialmente vinculado: "Para mí, uno de los objetivos estratégicos ligados a la presidencia de la SEC era que la sociedad se posicionase en calidad asistencial".

DIMENSIÓN INTERNACIONAL

Ello ha sido posible, recuerda, gracias a la colaboración de los especialistas españoles y europeos. "De hecho, estos indicadores se van a intentar reproducir en otros países de Europa". Sobre esta dimensión internacional apunta que el consenso se publicará en la re-



José Ramón González-Juanatey, presidente de la SEC.

vista de la sociedad europea, y se va a presentar en el próximo congreso de la Asociación Americana del Corazón (AHA), en una mesa conjunta con la SEC.

"La mejor forma de defender nuestro sistema nacional de salud es establecer

indicadores de resultados, desde las máximas morbimortalidades a las estrategias organizativas, sin olvidar aspectos tecnológicos y de personal". Toda una fórmula con la que orientar la política sanitaria en el campo de la cardiología.



LA APUESTA DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ENTRE LA TECNOLOGÍA DE COMUNICACIÓN PUNTERA Y LA OBSOLESCENCIA

La insuficiente renovación de los equipos es una demanda que contrasta con la ilusionada acogida de las TIC

**M. SÁNCHEZ-MONGE/
R. SERRANO/S. MORENO**

Uno de los principales obstáculos para alcanzar la excelencia que han identificado las sociedades científicas consultadas por DIARIO MÉDICO atañe a las restricciones de acceso a la vanguardia tecnológica, parejo a la obsolescencia de los aparatos.

"Es necesario establecer un plan integral de renovación y ampliación de la equipación de alta tecnología. Las nuevas tecnologías con diagnósticos moleculares determinan de forma precoz patologías, recidivas tumorales y respuestas a tratamientos", sentencia Juan Carlos Alonso Farto, de la Sociedad de Medicina Nuclear.

Desde la Seram, José Luis del Cura coincide: "Necesitamos un sistema de planificación de las necesidades en equipamientos. Ahora dependemos mucho de las existencias presupuestarias, por lo que pasamos de comprar mucho a no hacerlo. No se planifica la renovación de equipos".

Está claro que los especialistas no piden una actualización caprichosa de

los aparatos. La palabra clave, apostilla Joaquín Terán Santos, presidente de la Sociedad Española de Medicina del Sueño, es la evaluación continua.

El péndulo tecnológico oscila entre esa denunciada obsolescencia y la ilusión con que se recibe la incorporación de punteras tecnológicas de información y comunicación (TIC) a la práctica clínica.

TIC ILUSIONANTES

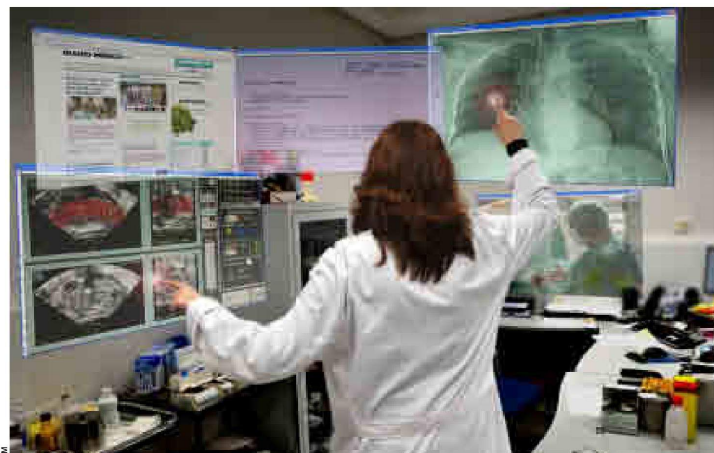
Santiago Prieto Menchero, presidente de la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM), encuentra en las TIC un aliado para superar un grave hiato en su especialidad: "Que existan datos de laboratorio que impliquen una acción en un periodo corto de tiempo, pero que el paciente esté citado un tiempo más largo del necesario para intervenir".

Fidel Fernández Quesada, presidente del Capítulo Español de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculosa (Seacv), saca a las TIC del hospital y recuerda cómo el acceso de los pacientes a las opciones tera-

péuticas a golpe de tecla ha cambiado los esquemas clásicos de actuación; "en la mayoría de los casos es beneficioso, porque además permite mejorar la comunicación con el enfermo".

Estas plataformas de información van a beneficiar pronto a los médicos intensivistas, que podrán acceder a múltiples datos. Los pacientes en cuidados intensivos se encuentran rodeados de pequeños ordenadores que influyen en su tratamiento; esta información se pierde, y desde la Semicyuc se trabaja para poder aprovecharla.

Con la nueva plataforma, como destaca Lluís Blanch (Semicyuc), se recogerán los datos de ensayos clínicos, registros y formación, en aras de potenciar la investigación y, por ende, la carrera profesional de los especialistas, al fin, lo más importante. Así lo ve también Javier García Alegría (SEMI): "Aunque asistimos a un cambio radical en el paradigma de la medicina, siempre necesitaremos médicos expertos, sensatos, actualizados y comprometidos éticamente con sus pacientes".



Las TIC crecen en importancia en el ámbito sanitario.