

Conclusión

Julio Ponce García

Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Se ha sometido a debate la pertinencia de indicar tratamiento empírico directamente a los pacientes que consultan por un síndrome típico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sin factores de alarma o practicar previamente una endoscopia digestiva alta.

La respuesta tiene poca discusión si se aplican las recomendaciones que dictan la mayoría de las guías de práctica clínica (GPC), incluida la desarrollada en nuestro ámbito por la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria y el Centro Cochran Iberoamericano. De hecho, terminado el debate, la conclusión que se puede extraer es la «pertinencia del diagnóstico basado en los síntomas en este tipo de pacientes seguido del tratamiento empírico», como ha defendido firmemente el ponente encargado de argumentar esta estrategia y como acepta, a priori, el ponente que defiende la pertinencia de realizar previamente endoscopia digestiva alta, asumiendo el dictado de las GPC.

Parece, por tanto, necesario justificar, para que no se juzgue de forma baladí, el debate sobre las dos estrategias que se suscitan. Se ha planteado porque se tiene la percepción de que, aun siendo mayoritaria la asunción de los argumentos que se relatan en las GPC para juzgar aceptable el diagnóstico sintomático y el tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes con ERGE típica sin síntomas de alarma, son muchos los médicos que no aplican esa recomendación en su práctica clínica habitual. De hecho, cuando se pidió opinión a los asistentes a este debate, expresada a mano alzada, se pudo estimar una distribución a partes iguales entre las dos estrategias que se discutían.

La argumentación para realizar una endoscopia digestiva previa al tratamiento la ha basado técnicamente el ponente que ha defendido esta estrategia en la relevancia de la información que se puede obtener (diagnosticar esofagitis y categorizar su gravedad, ajustar mejor el tratamiento, evitar que pase desapercibida la enfermedad asociada, como la enfermedad ulcerosa, la posibilidad de identificar esófago de Barrett, etc.). También ha planteado beneficios dada la satisfacción del paciente (reducción de incertidumbre, percepción de diagnóstico positivo y seguro basado en datos objetivos). No obstante, considera que no debe ser una indicación sistemática, y la propone para los pacientes que son derivados a la consulta de gastroenterología; por tanto, deja un margen de decisión, a criterio médico subjetivo, para la selección de los pacientes.

No se elude reconocer la baja sensibilidad de la endoscopia para el diagnóstico de esofagitis por reflujo gastroesofágico, aunque su especificidad es alta, lo que tiene una repercusión negativa para la eficiencia y, lo que es más importante, que el rendimiento diagnóstico decrece cuando se realiza la exploración en los pacientes sometidos a un tratamiento farmacológico eficaz, como los IBP, lo que hoy día es muy frecuente. Este último aspecto puede ser clave para colegir una conclusión adicional a la anterior, sin hacerlas excluyentes entre sí: podría ser aceptable y verosímilmente eficiente, indicar una endoscopia en pacientes seleccionados con ERGE típica sin síntomas de alarmas, a condición de cumplir criterios de adecuación, en el sentido de realizarla cuando se minimiza o, mejor aún, si se excluye la posibilidad de un resultado falso negativo.

Correspondencia: J. Ponce García.
Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario La Fe.
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: ponce_jul@gva.es