

EDITORIAL Y COMENTARIO

¿Puede complacer a pacientes y a médicos la práctica parsimoniosa? El caso de las pruebas diagnósticas por imagen de la columna vertebral

Richard A. Deyo, MD, MPH^{1,2}

¹ Department of Family Medicine, Department Of Medicine, Department Of Public Health and Preventive Medicine, Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA; ² The Oregon Institute for Occupational Health Sciences, Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA.

J Gen Intern Med 31(2):140–1

DOI: 10.1007/s11606-015-3523-z

© Society of General Internal Medicine 2015

[Traducido por Grupo evalmed-GRADE]

En la actualidad parece existir un amplio acuerdo respecto a que las pruebas diagnósticas por imagen de la columna lumbar son procedimientos clínicos sobreutilizados. Las guías clínicas recomiendan contra su uso rutinario en pacientes con dolor lumbar inespecífico¹, y tales pruebas se han convertido en un objetivo de alta prioridad para la campaña *Elecciones Sabias (Choosing Wisely)*. A pesar de ello, las tasas de utilización son generalmente más altas de lo esperado. Ahora Tan y colaboradores nos proporcionan evidencia de que su alto uso continúa, y de que existe una gran variación entre los médicos individuales en el uso de las mismas en pacientes ancianos².

Parte del problema consiste es que las enfermedades subyacentes graves son poco frecuentes, mientras que las “anormalidades” anatómicas son muy comunes, y su prevalencia aumenta con la edad. Por ejemplo, se encuentran degeneraciones y protrusiones discales en más del 50% de los adultos sin dolor de 40-49 años de edad, y entre los que están en la década de los 60, el 70% o más tienen degeneraciones discales, estrechamientos de los espacios, y protrusiones³. Tales “incidentalomas” pueden alarmar tanto a los médicos como a los pacientes, y dar lugar a intervenciones imprudentes.

De hecho, existen cada vez más evidencias de que los estudios de imagen innecesarios de la columna vertebral pueden dar lugar a una cascada de intervenciones diagnósticas y de tratamientos posteriores que no mejoran los resultados, y que pueden aumentar el riesgo. Los estudios de imagen de la columna vertebral son uno de los pocos ejemplos de pruebas diagnósticas (al contrario de lo que sucede con las intervenciones terapéuticas) para las que disponemos de ensayos aleatorizados en los que se ha evaluado el impacto*. Para pacientes con riesgo bajo, un meta-análisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA) ha sugerido que los estudios de imagen no mejoran los resultados clínicos⁴. Un ECA ha mostrado que entre los pacientes con riesgo bajo, la resonancia magnética de columna puede aumentar el uso de la cirugía, sin mejorar los resultados promedio⁵. De forma similar, evidencia procedente de ECAs sugiere que los pacientes a los que se comunican los resultados de las pruebas de imagen pueden sufrir los efectos del etiquetado: manifiestan tener más dolor, se perciben a sí mismos como menos sanos, y solicitan más visitas al médico que aquellos a los que no se les informa de los mismos^{6,7}. Estudios observacionales han mostrado también incapacidad laboral más prolongada y un mayor uso de pruebas diagnósticas posteriores, inyecciones espinales, y cirugía en los pacientes con riesgo bajo a los que se les realizan estudios de imagen precoces⁸.

Las guías clínicas han sugerido a menudo que los adultos mayores, como los estudiados por Tan y colaboradores, constituyen un grupo con riesgo alto que debería ser sometido a estudios de imagen de forma rutinaria. Sin embargo, un estudio observacional reciente sugiere que incluso en esta población, los pacientes con riesgo bajo a los que se hacen

estudios de imagen sin demora (dentro de las 6 semanas de haber iniciado un nuevo episodio de atención) no obtienen mejores resultados, y sí tasas sustancialmente aumentadas de otras intervenciones clínicas⁹.

A pesar de que las guías recomiendan un uso parsimonioso, la tasa de uso de estudios de imagen de la columna vertebral aumentó rápidamente al comienzo de los 2000. Aunque no podemos hacer inferencias causales, los resultados clínicos poblacionales del dolor de espalda parecen haber empeorado durante este período de rápido incremento del uso de pruebas diagnósticas de la columna vertebral mediante técnicas de imagen¹⁰. En conjunto, estas líneas de evidencia sugieren la hipótesis plausible, aunque contraintuitiva, de que en situaciones de riesgo bajo las pruebas de imagen de la columna vertebral ocasionan con más frecuencia daños derivados de hallazgos irrelevantes que beneficios derivados del descubrimiento de una enfermedad no sospechada. Puede ser que en estas circunstancias, los pecados de comisión sean mayores que los pecados de omisión, y que sea más probable que los pacientes experimenten más sufrimiento que alivio como consecuencia de las pruebas de imagen.

Tan y colaboradores demuestran que las tasas de uso de estudios de imagen de la columna vertebral siguen siendo más altos de lo esperado. Las razones no están claras, pero probablemente son multifactoriales, pudiendo incluir temor a las demandas judiciales, baja tolerancia a la incertidumbre, la presión de los pacientes, y el desconocimiento o la desconfianza de las recomendaciones de las guías. Dado el sesgo habitual hacia la acción tanto de los pacientes como de los médicos, muchos pueden percibir las consecuencias de que pase inadvertida una enfermedad sistémica subyacente como peores (y más fácilmente reconocibles) que las de encontrar condiciones irrelevantes que conduzcan a atención innecesaria. El hallazgo de Tan de una amplia variación entre los clínicos, incluso entre pacientes con riesgo bajo cuidadosamente seleccionados, socava el argumento de que “veo a pacientes más enfermos o más complejos que otros médicos”. La variación puede más bien reflejar diferentes niveles de malestar clínico en un contexto de incertidumbre, diferencias en las habilidades de consejo, o en las expectativas de los pacientes.

La presión de los pacientes, a veces en forma de encuestas de satisfacción, puede tener un papel particularmente importante en este contexto. Muchos pacientes asumen que más atención, especialmente atención de “alta tecnología”, sólo puede ser buena. Los médicos que limitan la solicitud de pruebas de imagen pueden ser percibidos como insensibles al dolor del paciente, preocupados por la reducción de costes, u hostiles a su autonomía. La necesidad percibida del paciente está fuertemente asociada con la probabilidad de solicitud de estudios de imagen de la columna¹¹. Más aún, en un ECA, los pacientes a los que se hicieron radiografías se sintieron más satisfechos con la atención recibida a pesar de notificar mayor dolor y peor estado de salud general⁶. Una

* NdT: el *impacto* sobre los resultados de salud que interesan al paciente.

encuesta sugirió que muchos médicos de atención primaria ordenarían una resonancia magnética a un paciente insistente en un escenario clínico de obvio bajo riesgo, aún después de explicarle que era innecesaria. Y los datos de solicitud de reembolsos por servicios indican que los médicos que perciben incentivos relacionados con la satisfacción de los pacientes son más propensos a utilizar estudios de imagen precoces y más sofisticados, incluso en pacientes de bajo riesgo¹².

Teniendo en cuenta esta panoplia de desafíos, ¿qué puede hacerse para limitar el uso de pruebas de imagen innecesarias de la columna vertebral? Tan y colaboradores encontraron que algunos médicos son muy parsimoniosos en el uso de pruebas de imagen, y tal vez podemos aprender de ellos algunas estrategias exitosas de comunicación y de apaciguamiento de los miedos excesivos. Creo que los médicos necesitan mejores sinopsis argumentales para proporcionar dicha educación. Uno de los primeros ECA que se hicieron sugiere que las estrategias de educación de pacientes podrían mantener al menos la satisfacción del mismo en ausencia de solicitud de pruebas de imagen¹³. Yo sugiero a menudo que, para que las palabras tranquilizadoras del médico no suenen vacías, deben pronunciarse después de un examen físico. Parte del mensaje en el ECA fue que las pruebas de imagen podrían hacerse más adelante si las circunstancias cambiaban, de tal modo que los clínicos no fueran percibidos como inflexibles.

El ECA también sugirió que los pacientes aprenden de lo que hacemos. Aquellos a los que se les solicitaron estudios de imagen llegaron a considerarse que se trataba de la atención adecuada y la que debería proporcionarse a cualquier paciente con lumbalgia¹³. Quizá si comenzamos a bajar las tasas de uso de pruebas de imagen, la norma entre los pacientes, sus familias y sus amigos se alejará de la expectativa de que se les soliciten pruebas de imagen de forma rutinaria.

Otras estrategias para promover un uso más selectivo de las pruebas de imagen también parecen prometedoras. El requisito de la autorización previa por parte de las compañías de seguros parecen ser efectivo, pero oneroso. Algunos han considerado el uso de filtros informáticos durante el procedimiento de solicitud que exijan hallazgos clínicos concretos antes de que se pueda solicitar una prueba de imagen de la columna vertebral, y requerir consulta con el radiólogo para las excepciones. Una combinación de educación, auditoría y retroalimentación parece efectiva en algunos estudios. Proporcionar opciones terapéuticas inmediatas, tales como fisioterapia el mismo día o al día siguiente puede ayudar a disipar las preocupaciones de los pacientes de no ser tomados en serio, además de minimizar otras intervenciones. Puede que lo más prometedor sea una combinación de todas estas tentativas.

La reducción de la repetición o de las pruebas de imagen de seguimiento también puede ser una estrategia importante. Los sistemas computarizados pueden ofrecer recordatorios de las pruebas de imagen de columna vertebral realizadas previamente. Más aún, la reducción de la alarma ante hallazgos incidentales en una prueba de imagen inicial puede ser importante. Un pequeño estudio observacional sugirió que anexando a los informes de las pruebas de imagen información sobre la prevalencia de los hallazgos en individuos asintomáticos puede reducir el uso posterior de dichas pruebas (y algunas intervenciones de tratamiento).

En una sociedad que a menudo asume que más es mejor, más nuevo es mejor, más caro es mejor, y que la información sólo puede ser buena, es

difícil transmitir el mensaje de que a veces menos es más. Es poco probable que los pronunciamientos elocuentes en este sentido logren tranquilizar a los pacientes, y los llamamientos a la "medicina basada en la evidencia" pueden ser percibidos como una señal de que algo se está racionando. Los esfuerzos para promover un uso más selectivo de la tecnología médica, tales como la campaña *Elecciones Sabias (Choosing Wisely)*, sólo tendrán éxito si podemos encontrar formas mejores de comunicar al público, a los pacientes, a los médicos y a los médicos en formación tanto los beneficios de salud como los financieros de una práctica parsimoniosa cuidadosamente dirigida a objetivos concretos.

Autor para correspondencia: Richard A. Deyo, MD, MPH; , 3181 SW Sam Jackson Park Road, Mail Code FM, Portland, OR 97239, USA (e-mail: deyora@ohsu.edu).

REFERENCIAS

1. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011;154(3):181-189.
2. Tan A, Zhou J, Kuo Y-F, Goodwin JS. Variation among primary care physicians in the use of imaging for older patients with acute low back pain. *J Gen Intern Med.* 2015. doi:10.1007/s11606-015-3475-3.
3. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock MS, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner J, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *Am J Neuroradiol.* 2015;36:811-816.
4. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009;373:463-472.
5. Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003;289:2810-8.
6. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ.* 2001;322(7283):400-405.
7. Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PH. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29:1098-103.
8. Webster BS, Choi YS, Bauer AZ, Cifuentes M, Pransky G. The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. *Spine.* 2014;39:1433-40.
9. Jarvik J, Gold LS, Comstock BA, Heagerty PJ, Rundell SD, Turner JA, Avins AL, Bauer Z, Bresnahan BW, Friedly JL, James K, Kessler, Nedeljkovic SS, Nerenz DR, Shi X, Sullivan SD, Chan L, Schwalb JM, Deyo RA. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *JAMA.* 2015;313:1143-53.
10. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med.* 2009;22:62-8.
11. Wilson IB, Dukes K, Greenfield S, Kaplan S, Hillman B. Patients' role in the use of radiology testing for common office practice complaints. *Arch Intern Med.* 2001;161:256-263.
12. Pham HH, Landon BE, Reschovsky JD, Wu B, Schrag D. Rapidity and modality of imaging for acute low back pain in elderly patients. *Arch Intern Med.* 2009;169(10):972-981.
13. Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. Reducing roentgenography use. Can patient expectations be altered? *Arch Intern Med.* 1987;147:141-5.