

Errores frecuentes en el manejo del paciente grave con enfermedad inflamatoria intestinal

Javier P. Gisbert^a y Fernando Gomollón^b

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Universidad Autónoma. Madrid. España.

^bServicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.

INTRODUCCIÓN

El viejo adagio hipocrático «*primum non nocere*», interpretado en un sentido amplio, nos recuerda que el objetivo de la ciencia médica es beneficiar al ser humano, en lo que a la salud se refiere. En realidad, prácticamente hasta mediados del siglo XX la falta de conocimientos científicos era la principal limitación de las disciplinas médicas¹; es probable que en aquellos tiempos la mayoría de las intervenciones sanitarias causaran daño o no influyeran en la historia natural de las enfermedades². Por otra parte, el progreso científico no es suficiente para garantizar una buena medicina si no tiene en cuenta los principios éticos básicos³ y se aplica en un medio con desigualdades sociales⁴. En cualquier caso, en el mejor de los escenarios —un país desarrollado con un sistema sanitario bien dotado, equitativo y accesible—, el paciente seguirá expuesto a un riesgo: el «error» humano⁵.

Un informe del Institute of Medicine de Estados Unidos, titulado «*To err is human: building a safer health system*», puso de actualidad las graves repercusiones de los errores en el sistema sanitario⁶. El trabajo clínico diario implica la toma constante de decisiones, y cada una de ellas está sujeta a un posible error. No es nuestra intención profundizar en el área de la seguridad o del análisis de los tipos de errores (del sistema o personales), aunque todo médico debería conocer la bibliografía fundamental sobre el tema⁷⁻¹¹. No obstante, conviene reconocer que entre los errores humanos se pueden identificar algunos en los que una buena revisión del conocimiento puede incidir (prevenir)¹². Unos son los errores basados en las re-

glas (*ruled-based mistakes*), que son los que derivan de aplicar de forma automática una norma aprendida, bien porque ésta no sea adecuada en una situación concreta o porque sea errónea de raíz. El otro tipo de error puede derivar del simple desconocimiento.

El objetivo del presente manuscrito es revisar los errores frecuentes en el manejo del paciente grave con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Esta situación de gravedad es frecuente, puesto que, por ejemplo, hasta un 15% de los pacientes con colitis ulcerosa tendrá durante algún momento de su evolución un brote que requerirá ingreso hospitalario¹³. Durante estos episodios de gravedad la vida del paciente puede correr grave peligro; de hecho, previamente a la introducción de los corticoides, la mortalidad de un brote grave de colitis ulcerosa superaba el 30%¹⁴. Incluso hoy en día, con una mortalidad próxima al 0%, un diagnóstico o un tratamiento inadecuados pueden producir secuelas irreversibles, como la ceguera causada por una uveítis o las lesiones cutáneas causadas por un pioderma gangrenoso. Es en estos casos de mayor gravedad donde los posibles errores diagnósticos o terapéuticos pueden tener consecuencias más trascendentales. Nuestra aproximación al problema consistirá en enunciar un error que se observa frecuentemente —en la práctica clínica— en el manejo del paciente grave con EII, para posteriormente revisar la evidencia científica que disponemos al respecto y, finalmente, proponer la actitud más adecuada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ENFERMEDADES

No hay ningún síntoma ni signo patognomónico de la EII, de modo que para llegar a su diagnóstico se precisa la combinación de una serie de datos clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos sugestivos¹⁵. Además, se deben descartar otras entidades que pueden cursar con una clínica similar, como las enfermedades infecciosas. Aunque el problema del diagnóstico diferencial ante un paciente con clínica compatible se plantea fundamentalmente en los casos no diagnosticados previamente de EII¹⁶,

Esta revisión pudo realizarse, en parte, gracias a 2 becas concedidas por el Instituto de Salud Carlos III (C03/02 y PI050109).

Correspondencia: Dr. J.P. Gisbert.
Playa de Mojácar, 29, Urb. Bonanza. 28669 Boadilla del Monte (Madrid).
España.
Correo electrónico: gisbert@meditex.es

Recibido el 8-11-2006; aceptado para su publicación el 10-11-2006.

también puede haber dudas diagnósticas al valorar a los pacientes graves con una enfermedad de Crohn o una colitis ulcerosa ya establecida.

Al ingresar a un paciente previamente diagnosticado de colitis ulcerosa que presenta rectorragia, no es necesario realizar coprocultivos, pues es evidente que se trata de un brote de su enfermedad

Las infecciones intestinales pueden simular las manifestaciones clínicas, e incluso endoscópicas, de la colitis ulcerosa¹⁷⁻¹⁹. Además, diversos agentes infecciosos pueden causar una sobreinfección —en pacientes con EII—, capaz de desencadenar una recidiva o agravar un brote de la enfermedad inflamatoria¹⁹⁻²⁵. Por ello, en todo paciente que ingresa por un presunto brote de colitis ulcerosa deberán excluirse las causas infecciosas de diarrea^{13,26-32}. De este modo, aunque el diagnóstico de colitis ulcerosa sea previamente conocido, es recomendable solicitar coprocultivos para descartar una posible infección por *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* o *Escherichia coli*^{13,26-31}. Además, probablemente debería efectuarse un estudio de huevos y parásitos en heces.

No obstante, la rentabilidad real, en la práctica clínica, de la determinación rutinaria de patógenos en las heces en pacientes con supuesta recidiva de su EII no está claramente establecida, aunque parece ser relativamente escasa³³. Un reciente ensayo en el que se realizó sistemáticamente un estudio de heces en los pacientes que presentaban un brote de EII demostró que el coprocultivo era positivo en sólo el 4% de los casos³³. Más recientemente, un grupo español³⁴ ha confirmado estos decepcionantes resultados al evaluar prospectivamente, durante 2 años, la incidencia de sobreinfección intestinal por enteropatógenos (mediante realización sistemática de coprocultivos) en 99 brotes de actividad de EII que requirieron ingreso hospitalario; con esta estrategia diagnóstica únicamente se detectaron 5 infecciones bacterianas (por *C. jejuni*), lo que representa tan sólo el 5% de los casos, y además no se pudo demostrar ninguna correlación entre la infección y el curso de la enfermedad³⁴. En cualquier caso, es preciso destacar que, si bien colectivamente el número de pacientes con supuesta recidiva de su EII e infección bacteriana concomitante parece ser muy reducido, individualmente la consecuencia de su correcta identificación es muy relevante. Además, el uso cada vez más común de fármacos que modifican de forma notoria la respuesta a las infecciones en la EII (inmunomoduladores tiopurínicos, anticuerpos monoclonales), solos o en combinación, puede provocar una mayor frecuencia de complicaciones infecciosas^{35,36}.

De todos modos, aunque puede ser difícil —o incluso imposible— diferenciar entre el brote de EII y la diarrea enteroinvasiva, no se debe demorar el tratamiento con esteroides a la espera del resultado de los coprocultivos (que puede retrasarse varios días) en un paciente con el diagnóstico previo establecido de colitis ulcerosa o con una sospecha muy fundamentada de esta enfermedad^{30,37}.

La infección por *Clostridium difficile* únicamente debe tenerse en consideración en los pacientes con EII que han recibido antibióticos recientemente

La infección por *C. difficile* se ha asociado con las exacerbaciones de la EII^{20-23,38-43}. No obstante, otros estudios restan importancia a este patógeno^{20,44}, por lo que la indicación de estudiar sistemáticamente la presencia de dicha infección no está establecida. El método diagnóstico de elección, tanto en los pacientes sin EII como en los que tienen esta enfermedad, es la determinación de la toxina de *C. difficile* en heces²⁸. Algunos autores recomiendan realizar esta prueba sólo si el paciente ha recibido tratamiento antibiótico o ha estado hospitalizado recientemente, o cuando no haya una respuesta adecuada a la terapia habitual^{28,33}. Otros autores, por el contrario, consideran que el estudio de la toxina de *C. difficile* en heces debe solicitarse sistemáticamente en todo paciente que ingresa por un brote grave de EII, al margen de que haya recibido o no tratamiento antibiótico previamente^{13,19,26,27,30-32}. Un argumento a favor de esta última estrategia es la demostración de episodios de colitis pseudomembranosa en ausencia de tratamiento reciente con antibióticos^{21,39}. Además, el paciente no siempre recuerda con precisión si ha tomado antibióticos, particularmente si esto ha ocurrido —como puede ser en este caso— varias semanas antes de producirse al cuadro de colitis¹⁸.

Con respecto al efecto del tratamiento de la infección por *C. difficile* sobre la actividad de la EII hay también opiniones contrapuestas. Así, algunos estudios han demostrado un efecto beneficioso del tratamiento antibiótico sobre la EII^{23,33,38,39,42,45,46}, mientras que otros han comprobado que la mejoría clínica se puede lograr mediante el tratamiento de la EII subyacente y los pacientes negativizan finalmente la toxina en heces sin precisar antibióticos^{20,22,41,44}.

En resumen, la relevancia de la infección por *C. difficile* en los pacientes con EII es controvertida, lo que probablemente indica que el papel que este microorganismo desempeña en esta enfermedad puede ser muy diverso: enteropatógeno causante de diarrea infecciosa independientemente de la EII subyacente, colonizador no patógeno en pacientes con esta enfermedad o desencadenante del brote de la EII.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS RADIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS

La radiografía simple de abdomen no aporta información de interés en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal grave, por lo que puede obviarse

Al contrario, en todo paciente que es valorado por un brote grave de EII debería realizarse una radiografía simple de abdomen²⁷⁻³⁰. Ésta es la prueba más sencilla, económica y rápida para valorar inicialmente a los pacientes con EII⁴⁷. A pesar del desarrollo de técnicas de imagen más

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3289143>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3289143>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)