



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EL ARTÍCULO DEL MES

Consenso internacional sobre las recomendaciones del tratamiento de los enfermos con hemorragia digestiva alta no asociada a varices esofágicas

Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152:101–13.

Descripción: Un grupo multidisciplinario compuesto por 34 expertos de 15 países realizaron esta actualización y difusión de las recomendaciones sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no asociada a varices esofágicas de 2003.

Métodos: Se emplearon protocolos éticos independientes y el proceso AGREE («Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation»). Como fuentes se utilizaron los originales, las revisiones sistemáticas, los ensayos clínicos aleatorizados y los resúmenes publicados hasta octubre del 2008. La calidad de las evidencias y la fuerza de las recomendaciones se basaron en los criterios de la escala GRADE («Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation»).

Recomendaciones: Es importante la estratificación precoz del riesgo según las escalas pronósticas validadas y la realización de la endoscopia digestiva alta en las primeras 24 h. La hemostasia endoscópica está claramente indicada en las lesiones de alto riesgo. Hay pruebas que apoyan el desprendimiento del trombo con el endoscopio y tratar posteriormente las lesiones subyacentes con hemostáticos, fármacos o con combinaciones de diversas técnicas. Los clips o la termocoagulación, de forma aislada o en combinación con adrenalina son métodos eficaces. Por el contrario, no se recomienda el uso de adrenalina de forma aislada. Puede ser conveniente la realización de una segunda endoscopia en pacientes seleccionados de alto riesgo pero no se recomienda de forma rutinaria. La prescripción de inhibidores de la bomba protones antes de la realización de la endoscopia puede mejorar la gravedad de la lesión. El tratamiento con dosis altas de inhibidores de la bomba de protones después de una hemostasia endoscópica eficaz disminuye el riesgo de resangrado y la mortalidad en pacientes de alto riesgo. Algunos enfermos seleccionados de bajo riesgo pueden ser

dados de alta de forma precoz tras realizar la endoscopia; sin embargo, los de alto riesgo deben permanecer hospitalizados durante al menos 72 h después de la hemostasia endoscópica. Para los enfermos con hemorragia digestiva alta que precisan antiinflamatorios no esteroideos se recomienda tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones y un inhibidor selectivo de la ciclo-oxigenasa 2 para reducir el riesgo de resangrado. Los pacientes con hemorragia digestiva alta que precisan profilaxis cardiovascular secundaria deben reiniciar tratamiento con aspirina lo antes posible (generalmente a los 7 días) ya que el riesgo cardiovascular es más importante que el gastrointestinal. Es preferible la asociación aspirina más inhibidor de la bomba de protones que el clopidogrel solo para reducir el riesgo de resangrado.

Comentario

Estas guías de práctica clínica, constituyen una actualización de las ya publicadas en 2003 (Barkun A. *Ann Intern Med.* 2003;139: 843–5). En lo que respecta al internista quizás los aspectos más destacables podrían ser los siguientes:

- Los pacientes con úlceras de bajo riesgo (de base limpia o con punto pigmentado que no protruye) pueden ser dados alta tras la realización de la endoscopia y hacer seguimiento ambulatorio.
- La endoscopia digestiva alta es conveniente hacerla lo antes posible (en menos de 24 h), ya que permite la hemostasia endoscópica en las lesiones de alto riesgo de resangrado y facilita el alta precoz de los pacientes con bajo riesgo.
- Se recomienda el uso de dosis altas de inhibidores de la bomba de protones (bolo de 80 mg de omeprazol i.v. seguido de perfusión continua a 8 mg/h) después de una hemostasia endoscópica eficaz ya que disminuye el riesgo de resangrado y la mortalidad en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, un ensayo clínico reciente (Andriulli A. *Am J Gastroenterol.* 2008; 103:3011–8) demuestra que dosis más bajas de omeprazol (40 mg i.v./24 h) son tan eficaces como las dosis altas antes referidas en pacientes de alto riesgo (úlceras con sangrado activo, con vaso visible o con coágulo adherido).
- Los pacientes con hemorragia digestiva alta que precisan profilaxis cardiovascular secundaria pueden reiniciar a los 7 días el tratamiento con aspirina asociado a un inhibidor de la bomba de protones. Este tratamiento es preferible a la sustitución de la aspirina por otros antiagregantes (clopidogrel).

G. García De Casasola y J. Torres Macho
*Grupo de Trabajo de Urgencias SEMI,
 Medicina Interna, Hospital Infanta Cristina,*

doi:10.1016/j.rce.2010.04.007

Parla, Madrid, España
Correo electrónico: ggcasasolaster@gmail.com
 (G. García De Casasola).

Medición ecográfica a la cabecera del enfermo del índice cava para la determinación no invasiva de la presión venosa central baja

Arun D. Nagdev AD, Merchant RC, Tirado-Gonzalez A, Sisson CA, Murphy MC. Emergency Department Bedside Ultrasonographic Measurement of the Caval Index for Noninvasive Determination of Low Central Venous Pressure. Ann Emerg Med. 2010; 55: 290–95.

Objetivo del estudio: Determinar si una disminución del diámetro de la vena cava inferior igual o mayor al 50% durante la inspiración se asocia a una medición de la presión venosa central de menos de 8 mmHg entre los pacientes adultos atendidos en urgencias a los que era necesario canalizar una vía venosa central.

Métodos: Se reclutaron pacientes adultos que precisaban canalización de vía venosa central en un estudio prospectivo observacional. Se midió el diámetro inspiratorio y espiratorio de la vena cava inferior mediante ecografía a la cabecera del enfermo en 2 dimensiones. El índice cava se calculó como la disminución relativa del diámetro de la vena cava inferior durante un ciclo respiratorio. Se calculó la relación entre la presión venosa central y el índice cava. Se estimó la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos positivos y negativos de un índice cava igual o mayor del 50% con una presión venosa central menor de 8 mmHg.

Resultados: De los 73 pacientes reclutados, el 60% eran mujeres y la mediana de edad fue de 63 años. De estos 73 individuos, 32% tenían una presión venosa central inferior a 8 mmHg. La correlación entre índice cava y presión venosa central fue de -0,74 (intervalo de confianza al 95% (IC₉₅), -0,82 a -0,63). La sensibilidad del índice cava igual o mayor al 50% para predecir una presión venosa central inferior a 8 mmHg fue del 91% (IC₉₅ 71–99%), la especificidad del 94% (IC₉₅ 84–99%), el valor predictivo positivo del

87% (IC₉₅ 66–97%) y el valor predictivo negativo del 96% (IC₉₅ 86–99%).

Conclusión: La medición ecográfica a la cabecera del enfermo de un índice cava igual o superior al 50% se correlaciona de forma estrecha con una presión venosa central baja. El índice cava ecográfico puede ser muy útil para determinar de forma no invasiva la presión venosa central en la evaluación inicial de algunos pacientes en urgencias.

Comentarios

Cada vez con más frecuencia la ecografía es utilizada por diversos especialistas además de por radiólogos. La disponibilidad actual de ecógrafos portátiles permite realizar pruebas diagnósticas a la cabecera del enfermo. La utilidad de la ecografía para los internistas, tanto en el ámbito de la hospitalización como en la urgencia, es evidente. Con un adecuado periodo de formación es relativamente fácil valorar la existencia de derrame pleural o pericárdico, analizar la vesícula y vía biliar, determinar la existencia de líquido libre abdominal, detectar hidronefrosis o cuantificar el volumen de la vejiga urinaria, etc.

La visualización y medición ecográfica de la vena cava inferior resulta relativamente sencilla y, como se demuestra en el presente estudio, permite estimar de manera bastante fiable si la presión venosa central está baja. Este dato puede ser de gran ayuda para orientar al clínico en algunos pacientes graves.

No resulta descabellado pensar que los ecógrafos portátiles, cada vez más asequibles económicamente, podrían ser nuestros «fonendoscopios» del futuro.

G. García De Casasola

Grupo de Trabajo de Urgencias SEMI, Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España
Correo electrónico: ggcasasolaster@gmail.com

Paradoja de la obesidad en una cohorte de 4.880 pacientes consecutivos sometidos a intervencionismo coronario percutáneo

Hastie CE, Padmanabhan S, Slack R, Pell AC, Oldroyd KG, Flapan AD, et al. Obesity paradox in a cohort of 4.880 consecutive patients undergoing percutaneous coronary intervention. Eur Heart J. 2010;31:222–6.

Objetivos: Conocer el impacto pronóstico del índice de masa corporal (IMC) en la mortalidad por todas las causas de pacientes sometidos por primera vez a intervencionismo percutáneo coronario (IPC) electivo.

Métodos y resultados: Estudio de cohortes basado en el registro (*Scottish Coronary Revascularisation Register*) de pacientes sometidos a IPC de forma electiva en Escocia desde abril de 1997 hasta marzo de 2006, ambos inclusive. Se excluyó a los sujetos que ya habían sido intervenidos por IPC previamente. De los 4.880 individuos incluidos, fallecieron 219 durante los 5 años de seguimiento.