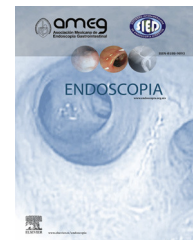




# ENDOSCOPIA

[www.elsevier.es/endoscopia](http://www.elsevier.es/endoscopia)



## ALREDEDOR DEL MUNDO

### Endoscopia alrededor del mundo

### Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

*Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, Distrito Federal, México*

#### El tiempo en panendoscopia también importa

Teh JL, Tan JR, Lau LJ, et al. Longer examination time improves detection of gastric cancer during diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014; Aug 10;[publicación electrónica].

Exámenes más largos parecen mejorar el rendimiento de la endoscopia, sin embargo aún se necesitan estudios más grandes para confirmar este hallazgo.

Está bien establecido que las tasas de detección de pólipos y adenomas durante la colonoscopia aumenta cuando se toma más tiempo para examinar la mucosa. Un grupo de investigadores en Singapur evaluaron el efecto del tiempo de examen en la detección de lesiones cancerosas y precancerosas del estómago.

Los investigadores examinaron retrospectivamente los datos de 837 pacientes consecutivos, sintomáticos, sometidos a endoscopia digestiva alta (esofagogastroduodenoscopia). En primer lugar, los investigadores utilizaron datos de 224 endoscopias normales sin biopsias para dividir a los 16 endoscopistas en grupos «rápidos» y «lentos» de igual tamaño (tiempos medios, 5,5 min y 8,6 min, respectivamente); el punto de corte fue una media por procedimiento de 7 min. Entonces, en la revisión de los datos del resto de los pacientes se determinó que los endoscopistas lentos tenían el doble de probabilidades de detectar lesiones de alto riesgo (cáncer, displasia, metaplasia intestinal y atrofia/o gástrica) comparados con los endoscopistas rápidos (razón

de momios = 2.5). El beneficio fue mayor cuando se detectó el cáncer o displasia (razón de momios = 3,42). Este efecto estuvo presente tanto en los médicos adscritos como en los residentes, pero solo alcanzó significación estadística en los adscritos. Los autores concluyeron que un tiempo promedio de examen > 7 min se asocia con un mayor rendimiento de lesiones gástricas de alto riesgo y que, como en la colonoscopia, el tiempo de exploración puede ser un indicador de la calidad apropiada.

#### Comentario

Cada vez más se fijan parámetros más claros sobre la calidad de un estudio endoscópico. Sin duda el tiempo en el cual transcurre un procedimiento endoscópico debe tener impacto en la calidad del mismo (para ambos sentidos) y el fenómeno conocido en economía como de «U» invertida también deberá aplicarse para nosotros los endoscopistas y debemos considerar que aunque en este estudio nos proponen un punto de corte en el tiempo, seguramente también existe un límite superior de tiempo en el cual ya no existe beneficio de tardar más. Por lo pronto, creo yo, debemos incluir el tiempo del estudio en todos nuestros reportes de estudios de endoscopia.

#### Alimentación temprana en pancreatitis aguda

Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort, et al. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. N Engl J Med. 2014; 371:1983-93.

Correo electrónico: [felixtelleza@gmail.com](mailto:felixtelleza@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2015.01.002>  
0188-9893/

Resultados de este ensayo aleatorizado demuestran que la alimentación temprana por sonda no es superior al retraso en el inicio de la ingesta oral.

Las guías actuales recomiendan el uso temprano de sonda nasointestinal con fórmulas poliméricas o semielementales como el estándar de cuidado en los pacientes con pancreatitis aguda que se prevé que sea grave (Am J Gastroenterol. 2013; 108: 1400). El uso temprano de la nutrición enteral se ha considerado importante para estabilizar la barrera de la mucosa intestinal y prevenir la translocación bacteriana, reduciendo así el riesgo de infecciones graves y la muerte.

En el estudio actual, que es aleatorizado y controlado, los investigadores compararon la tasas de infección grave o la muerte utilizando diferentes estrategias de nutrición en 208 pacientes con predicción de pancreatitis aguda grave en 19 hospitales holandeses. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir la colocación temprana de un tubo nasointestinal y el inicio de la alimentación por sonda dentro de las 24 h o la espera a una dieta oral regular a las 72 h.

Las tasas de infección grave (necrosis pancreática infectada, bacteriemia o neumonía) o muerte fueron similares en el grupo de alimentación temprana por sonda y el grupo de dieta oral (un 30% y un 27%). La mortalidad global en estos grupos fue similar (el 11% y el 7%, respectivamente), así como los resultados secundarios de la necrosis pancreática, ingreso en la UCI, necesidad de ventilación mecánica y la insuficiencia de órganos de nueva aparición. Dos tercios de los pacientes en el grupo de dieta oral toleraron la introducción de esta dieta, y el tiempo para tolerar una dieta oral completa fue más corto en el grupo de dieta oral.

## Comentario

Los hallazgos de este estudio vienen a confirmar la teoría del péndulo en la medicina. En los primeros datos de nutrición en pancreatitis aguda se pasó de oral a parenteral, de parenteral a enteral por sonda y ahora vuelta a enteral por sonda a vía oral. El esperar 72 h después de la admisión para iniciar la vía oral en un paciente con pancreatitis aguda potencialmente grave parece una estrategia aceptable y lógica; creo yo que en la mayoría de nuestros hospitales los gastos asociados a la vía parenteral y enteral por sonda nos llevan a esta práctica.

## Estrés psicológico y úlcera péptica

Levenstein S, Rosenstock S, Jacobsen RK, et al. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of *Helicobacter pylori* infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 Aug 8; [publicación electrónica].

Durante décadas se ha considerado que el estrés psicológico desempeña un papel en el desarrollo de las úlceras pépticas, pero los datos científicos que apoyen esta observación son escasos.

En un estudio prospectivo, basado en población, realizado en Dinamarca, los investigadores recolectaron muestras de sangre y de bienestar psicológico (escala de estrés de 0-10), otros datos médicos y datos socioeconómicos de 3,379 residentes en Dinamarca sin úlceras pépticas anteriores al inicio del estudio (1982-1983). Durante los 12 años de seguimiento, basado en entrevistas con los participantes y datos de alta hospitalaria, 76 pacientes desarrollaron úlceras pépticas.

Los pacientes en el tercil más alto de las puntuaciones de estrés tuvieron más probabilidades de desarrollar úlceras que los pacientes del tercil inferior (un 3.5% vs. un 1.6%, OR ajustado = 2.2; IC95% = 1.2-3.9). Un aumento de un punto en la puntuación de estrés incrementa el riesgo de úlceras en un 19% (OR = 1.19; IC95% = 1.9-1.31). Esto no fue afectado por la presencia o no, de *Helicobacter pylori* (*H pylori*). Al ajustar para el nivel socioeconómico el OR disminuyó a 1.17 y al ajustar para tabaquismo, consumo de AINE y actividad física el OR disminuyó aún más, a 1.11. En un modelo multivariado, la puntuación de estrés, el nivel socioeconómico, el tabaquismo, la infección por *H pylori* y el uso de AINE fueron predictores independientes de riesgo de úlcera.

## Comentario

Este estudio deberá ser seriamente considerado y recordado por todos los endoscopistas. No es raro que en los pasillos de los departamentos de endoscopia (principalmente de hospitales privados) cuando los familiares y pacientes con enfermedad ácido péptica preguntan el «porqué» de su padecimiento, se escuche al médico argumentando que el nivel de estrés es responsable, al menos en parte, de la enfermedad del paciente. Ahora tenemos argumentos científicos (aunque débiles) para respaldar estas afirmaciones.