



RESUMEN DE REVISIÓN COCHRANE

Intervenciones para la prevención de la hemorragia digestiva alta en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos[☆]



Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units

O. Arrogante (RN, MSc, PhD)^{a,*} e I. Zaragoza-García (RN, MSc, PhD)^b

^a *Fundación San Juan de Dios, Centro de Ciencias de la Salud San Rafael, Universidad de Nebrija, Madrid, España*

^b *Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital 12 de Octubre «imas12», Madrid, España*

Recibido el 1 de junio de 2021; aceptado el 16 de junio de 2021

Objetivo

Evaluar la efectividad y los efectos adversos de las intervenciones para prevenir la hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Importancia para la práctica clínica enfermera

A pesar de los avances en las intervenciones y tratamientos médicos, la HDA provoca anualmente más de 300.000

ingresos hospitalarios en Estados Unidos y tiene una tasa de mortalidad del 3,5% al 14%^{1,2}. La causa más frecuente de HDA son las úlceras por estrés —daño superficial del revestimiento de la mucosa del estómago o del intestino que puede ocurrir como resultado de un *shock*, una sepsis o un trauma. Gracias a las mejoras de las opciones terapéuticas y los estándares de atención, la incidencia de HDA en las UCI ha ido disminuyendo³ y, sin embargo, la profilaxis de las úlceras por estrés sigue siendo habitual. Debido a que existen riesgos potenciales asociados con la prevención de las úlceras por estrés, esta práctica debe analizarse.

La desventaja de la profilaxis de las úlceras por estrés estriba en que muchas de las intervenciones empleadas para inhibir el ácido gástrico pueden alterar la flora gástrica y favorecer la colonización de bacterias, causando una infección. Por ejemplo, la profilaxis de las úlceras por estrés está relacionada con la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). Al inhibir la secreción del ácido gástrico, la colonización de bacterias gástricas puede también conducir a la colonización de la faringe, provocando su aspiración y la NAV⁴. Por lo tanto, es necesario evaluar estrategias que disminuyan de manera segura la incidencia de HDA.

[☆] Este artículo es la traducción del resumen realizado por: Adam S. Cooper, RN-BC, MSN, revisión sistemática Cochrane: Toews I, George AT, Peter JV, Kirubakaran R, Fontes LES, Ezekiel JPB, Meerpohl JJ. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 6(6):CD008687. doi: 10.1002/14651858.CD008687.pub2. [Accesible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008687.pub2/full>].

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oarrogan@nebrija.es (O. Arrogante).

El foco de atención de las anteriores revisiones sistemáticas relacionadas con la profilaxis de úlceras por estrés y la HDA se ha centrado en las terapias más tradicionales o en los efectos de un solo fármaco frente a otro. Por ello, queda justificada una revisión sistemática de las actuales profilaxis farmacológicas y no farmacológicas de la HDA, comparándolas con la ausencia de tratamiento u otros tratamientos, con el fin de comprender mejor su efectividad y efectos adversos.

Descripción del estudio y sus resultados

Este resumen se basa en la revisión sistemática Cochrane de Toews et al.⁵ que incluyeron datos de 107 estudios con un total de 15.057 pacientes. La revisión incorporó 27 comparaciones abarcando 14 modalidades de tratamiento diferentes (especialmente los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas del receptor H2). La variable de resultado primaria de la revisión fue el sangrado gastrointestinal clínicamente importante (definido por los autores de cada estudio individual), las variables de resultado secundarias fueron la neumonía nosocomial y la NAV, la muerte en la UCI, la duración de la estancia en UCI, la duración del soporte con ventilación mecánica, el número de pacientes que precisaron de transfusiones sanguíneas, número de unidades de sangre transfundidas y efectos adversos graves (p. ej. trombocitopenia) de las intervenciones⁵. Los autores evaluaron de forma independiente los riesgos de sesgo para cada estudio, incluyendo los sesgos de selección, rendimiento, detección, desgaste, información y publicación y, además, resolvieron cualquier discrepancia revisando conjuntamente los datos y mediante discusión⁵.

El riesgo relativo (RR) y las diferencias de medias con los intervalos de confianza (IC) se utilizaron como medidas del efecto del tratamiento entre diferentes comparaciones y resultados⁵. Los grados de recomendación del sistema GRADE (recomendación, evaluación, desarrollo y evaluación) aceptados internacionales se emplearon para asignar un nivel de calidad de la evidencia a cada resultado⁶. Los cuatro niveles se resumen a continuación: 1) un nivel alto de calidad indica que es muy improbable que futuras investigaciones cambien la fiabilidad de las conclusiones, 2) un nivel moderado de calidad indica que es probable que futuras investigaciones tengan un impacto importante sobre la fiabilidad de la conclusión y que puedan cambiarla, 3) un nivel bajo de calidad indica que es muy probable que futuras investigaciones tengan un impacto importante sobre la fiabilidad de la conclusión y que es probable que la cambien y 4) un nivel muy bajo de calidad significa que existe incertidumbre sobre la conclusión⁶.

Los siguientes aspectos resumen los principales resultados de la revisión de Toews et al.⁵

Existe un efecto beneficioso de cualquier intervención frente al placebo o la ausencia de profilaxis en la aparición de una HDA clínicamente importante (RR 0,47; IC 95%; 0,39-0,57; evidencia de calidad moderada).

No hubo una diferencia estadísticamente significativa en la aparición de neumonía nosocomial y NAV (RR 1,15; IC 95%; 0,90-1,48; evidencia de calidad baja).

No hubo una diferencia estadísticamente significativa relacionada con la mortalidad asociada a cualquier causa

en la UCI (RR 1,10; IC 95%; 0,90-1,34; evidencia de calidad baja).

No hubo una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la estancia en UCI (diferencia media 0,24 días; IC 95%; -1,13 a 1,61; evidencia de calidad baja).

No hubo una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la ventilación mecánica (diferencia media 0,87 días; IC 95%; -0,58 a 2,31; evidencia de calidad baja).

Hubo una reducción en el número de participantes de los grupos intervención que precisaron transfusión sanguínea (RR 0,63; IC 95%; 0,41-0,97; evidencia de calidad moderada).

En cuanto a la comparación entre los antagonistas del receptor H2 y los inhibidores de la bomba de protones, los resultados fueron los siguientes:

Comparados con los antagonistas del receptor H2, los inhibidores de la bomba de protones previnieron significativamente la HDA con mayor frecuencia en pacientes ingresados en la UCI (RR 2,90; IC 95%; 1,83-4,58; evidencia de baja calidad).

La NAV se produjo en proporciones similares en pacientes que recibieron antagonistas del receptor H2 y en aquellos que recibieron inhibidores de la bomba de protones (RR 1,02; IC 95%; 0,77-1,35; evidencia de baja calidad).

Implicaciones para la práctica clínica enfermera

En su revisión sistemática, Toews et al.⁵ encontraron evidencia con un grado moderado de certeza de que, en comparación con el placebo y la ausencia de profilaxis, las intervenciones de prevención de las úlceras por estrés analizadas podrían ser efectivas para prevenir la HDA en pacientes ingresados en la UCI. Cuando se comparó cualquier tratamiento con la no profilaxis, el riesgo de desarrollar NAV fue aproximadamente el mismo. Hubo un grado bajo de certeza a la hora de sugerir que los inhibidores de la bomba de protones podrían ser más efectivos que los antagonistas del receptor H2⁵. Como tal, las decisiones sobre qué intervenciones se han de aplicar deben basarse en las valoraciones clínicas de las necesidades del paciente y las condiciones subyacentes.

La baja calidad de la evidencia en varios aspectos de esta revisión señala que estarían justificados ensayos clínicos aleatorizados más amplios y de alta calidad para confirmar los resultados obtenidos. Tales estudios incluirían ensayos de alta calidad que evalúen el riesgo de NAV en pacientes que reciben medicación para prevenir las úlceras por estrés.

Las enfermeras que cuidan a pacientes críticos deben abogar por el mejor tratamiento basado en la evidencia. Siempre se debe considerar la mejor evidencia disponible y comprender la viabilidad, adecuación, importancia y efectividad de cualquier intervención para determinar si es mejor ponerla en práctica en el propio contexto individual.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2021.06.001](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.06.001).

Bibliografía

- Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:1132–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.02.033>.
- Rosenstock SJ, Moller MH, Larsson H, Johnsen SP, Madsen AH, Bendixet J. al. Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: nationwide cohort study in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:1449–57, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2013.162>.
- Krag M, Perner A, Wetterslev J, Wise MP, Borthwick M, Bendel S, et al. Prevalence and outcome of gastrointestinal bleeding and use of acid suppressants in acutely ill adult intensive care patients. *Intensive Care Med.* 2015;41:833–45, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3725-1>.
- Cook D, Heyland D, Griffith L, Cook R, Marshall J, Pagliarello J. Risk factors for clinically important upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 1999;27:2812–7, <http://dx.doi.org/10.1097/00003246-199912000-00034>.
- Toews I, George AT, Peter JV, Kirubakaran R, Fontes LES, Ezekiel JPB, et al. Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;6:CD008687, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008687.pub2>.
- The GRADE Working Group. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. 2013 [consultado 06 Mar 2021]. Disponible en: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>



La misión de *Cochrane Nursing* (CN) es apoyar el trabajo de Cochrane, incrementando el uso de su biblioteca, y proporcionar una base de evidencia internacional para las enfermeras y los profesionales de la salud involucrados en la atención, dirección o investigación de los cuidados enfermeros. La CN produce columnas 'Cochrane Corner' (resúmenes de revisiones Cochrane recientes y relevantes para la atención enfermera) que se publican regularmente en las revistas colaboradoras del grupo relacionadas con la atención enfermera. Los autores originales y las citas completas de las revisiones Cochrane se especifican en cada columna. Estos resúmenes publicados llegan a un grupo mucho más amplio de enfermeras y agencias de salud relacionadas internacionalmente y permiten el acceso directo a resultados de evidencia altamente relevantes al que los trabajadores de salud a pie de cama tienen difícil acceso. La información sobre los procesos desarrollados por este grupo puede consultarse en: <http://cncf.cochrane.org/evidence-transfer-program-review-summaries>.