



Volumen 7, Número 6, Abril 2005

Resúmenes SIIC

UTILIDAD PRONOSTICA DEL INDICE DE ACTIVIDAD EN COLITIS ULCEROSA

Bursa, Turquía

El índice de actividad clínica predice significativamente la evolución de pacientes con colitis ulcerosa; los enfermos con puntaje bajo tienden a permanecer en remisión mientras que aquellos con puntaje alto pueden requerir cirugía de urgencia.

Journal of International Medical Research 33(1):103-110, Ene 2005

Autores:

Gürel S y Kiyici M

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Gastroenterology and Department of Internal Medicine, Medical Faculty, Uludag University, Bursa, Turquía

Título original:

[Ulcerative Colitis Activity Index: a Useful Prognostic Factor Predicting Ulcerative Colitis Outcome]

Título en castellano:

Índice de Actividad en Colitis Ulcerosa: Un Factor Pronóstico Util para Predecir Evolución en Colitis Ulcerosa

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica que tiene tres formas clínicas principales. La mayoría de los pacientes presenta un curso clínico intermitente con remisiones y exacerbaciones frecuentes mientras que en otros enfermos, la patología persiste crónicamente activa pero tolerable con múltiples crisis. Rara vez (5% a 10% de los casos) la CU adopta un curso fulminante. En estos casos, los enfermos sufren rápida pérdida de peso y la evolución puede ser fatal. Es común que estos pacientes requieran colectomía urgente. En el momento del diagnóstico diferencial por lo general es imposible predecir el curso clínico de la enfermedad. Múltiples factores pueden influir en la evolución, entre ellos la magnitud de la patología, la actividad endoscópica, la actividad clínica, la edad del paciente, las modalidades terapéuticas y la adhesión del enfermo a la terapia. Otros factores que influyen considerablemente en la evolución son el tabaquismo, el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE), la apendicectomía y el síndrome de intestino irritable. En este estudio retrospectivo se evalúa la importancia pronóstica de una variedad de parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos en la evolución de sujetos con CU.

Pacientes y métodos

Se revisaron las historias clínicas de 73 pacientes con diagnóstico de CU. Los enfermos se clasificaron en dos grupos según el tratamiento que recibieron: sólo ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) por vía oral o rectal (grupo 1) y bajo terapia inmunosupresora (corticoides, azatioprina o ambos) con 5-ASA (grupo 2). En cada caso se tuvo en cuenta la edad, sexo y duración de la patología. La magnitud de la enfermedad se estableció según el compromiso anatómico: colitis del lado izquierdo (hasta el ángulo esplénico, enfermedad limitada) o pancolitis (enfermedad extensa). La actividad endoscópica se clasificó según la apariencia de las lesiones y de la mucosa: grado 1 (leve), mucosa edematosa y eritematosa con un patrón semejante al de la mucosa normal; grado

2 (moderada), con edema, eritema, superficie fina granular y áreas esporádicas de mucosa con hemorragia espontánea y friabilidad a la presión endoscópica leve; y grado 3 (grave), con mucosa friable, hemorragia espontánea y moco en la luz además de ulceración mucosa ocasional. En la literatura se han descrito varios índices de actividad clínica (UCAI); habitualmente incluyen la frecuencia de evacuación intestinal, el sangrado rectal y la hemoglobina, albúmina y velocidad de eritrosedimentación. En el estudio actual se aplica el UCAI definido por Seo y col. El curso clínico fue clasificado en remisión, crónico o fulminante. El primero se definió en presencia de un período libre de síntomas de por lo menos un año. La CU crónica intermitente fue la patología con largos períodos de inactividad alternados con episodios agudos de semanas o meses de duración. El curso crónico continuo se caracterizó por la presencia persistente de síntomas sin períodos de remisión o la necesidad de tratamiento permanente con esteroides para permanecer libre de manifestaciones. En esta oportunidad, ambos patrones se clasificaron como enfermedad crónica. El curso fulminante fue el que se observó en pacientes con más de 10 deposiciones por día con fuertes dolores abdominales, fiebre y sangrado que obligó a recibir transfusión.

Resultados

Se incluyeron en el análisis 73 pacientes (38 hombres y 35 mujeres) con una edad promedio de 45.2 años. La patología llevaba 76 meses de duración aproximadamente. En el grupo 1, el 56% de los pacientes estaba en remisión completa y el 44% tenía curso crónico. No hubo casos fulminantes. Los porcentajes respectivos en el grupo 2 fueron de 30%, 52% y 18%, respectivamente. Tres de los pacientes con esta última evolución fallecieron. No se registraron diferencias significativas en la evolución entre los grupos de terapia al final del período estudiado. El índice de remisión y de evolución crónica en pacientes con colitis del lado izquierdo fue semejante (46%). El 8% tuvo evolución fulminante. Entre los sujetos con pancolitis, el 50% tuvo curso crónico; el índice de remisión fue más bajo (27%) y la frecuencia de evolución fulminante más elevada (23%) en comparación con los enfermos con sólo colitis izquierda. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El índice de evolución crónica y de remisión fue similar en todos los pacientes, independientemente de la actividad endoscópica. El UCAI promedio antes del tratamiento fue de 487, 755 y 1 054 en pacientes en remisión, con patología crónica o con enfermedad fulminante, respectivamente ($p = 0.003$). La comparación de la evolución mostró que los valores promedio de UCAI antes del tratamiento en pacientes en remisión fueron significativamente más bajos que los de los otros dos grupos ($p = 0.017$ para los sujetos en remisión respecto de individuos con patología crónica y $p = 0.001$ para los primeros en comparación con pacientes con CU fulminante). En cambio no hubo diferencia significativa entre el UCAI promedio antes del tratamiento para enfermos con curso crónico y fulminante. El punto de evaluación empleado para valorar la supervivencia fue la evolución fulminante que requirió colectomía total o el fallecimiento.

No se registraron diferencias en la supervivencia según los grupos de terapia, magnitud de la patología o actividad endoscópica. El valor promedio de UCAI se utilizó para separar a los enfermos en dos subgrupos. De esta forma se constató una diferencia sustancial en la evolución en enfermos con UCAI bajo o alto. De hecho, los enfermos con UCAI bajo al principio de la enfermedad tuvieron mayor probabilidad de permanecer en remisión y fue menos común que requirieran cirugía de urgencia o que fallecieran en comparación con pacientes con UCAI alto. Es por ello que un UCAI alto antes del tratamiento puede ser indicador de un pronóstico más desfavorable.

Discusión

Hasta hace poco muchos grupos consideraban que la magnitud del compromiso colónico era el factor predictivo principal en la evolución de la CU. Sin embargo, se ha visto que en la tercera parte a la mitad de los enfermos, la enfermedad confinada al recto puede diseminarse al resto del colon. Asimismo, un tercio de los pacientes con colitis del lado izquierdo también progresa a pancolitis en el transcurso de unos 7 años de enfermedad, aproximadamente. Por lo tanto, actualmente se acepta que el grado de afección colónica en la CU no es constante y que puede cambiar a lo largo del tiempo.

Por ende, no es confiable predecir la evolución de la patología en función de este parámetro. Otra variable posible a considerar es la actividad clínica y endoscópica. Aunque existen numerosos índices para valorarla, algunos de ellos no parecen tener una buena correlación. En el estudio actual no se observó asociación entre la actividad endoscópica y el curso de la CU.

Un grupo encontró que ni la gravedad del primer ataque ni la magnitud del compromiso colónico en el momento del diagnóstico tenían efecto sobre la frecuencia de recurrencia.

Sin embargo, ambos parámetros pueden influir en la incidencia de colectomía posterior. En pacientes con CU grave en el momento inicial, el índice de colectomía es cercano al 50% dentro de los 2 años; en cambio, menos del 10% de los pacientes que comienzan con enfermedad leve o sólo proctitis son sometidos a colectomía al cabo de 10 años. Otra investigación epidemiológica también mostró que la necesidad de cirugía estaba determinada por el grado de compromiso colónico en el momento del diagnóstico inicial y por la gravedad de los síntomas. Los resultados en conjunto ponen de manifiesto la importancia pronóstica de la gravedad del primer ataque. El tratamiento con corticoides puede reducir significativamente la mortalidad en pacientes con CU grave mientras que el 5-ASA habitualmente se emplea en enfermos con patología leve o moderada y, especialmente, para mantener el estado de remisión. La elección de la terapia depende en gran medida de la preferencia clínica. En este estudio no se registraron diferencias en el curso de la enfermedad en pacientes de los distintos grupos de tratamiento, posiblemente como consecuencia de que en los enfermos con patología más grave fue más común el uso de terapia inmunosupresora. El curso clínico fue notoriamente distinto en sujetos con UCAI alto o bajo en ambos grupos de tratamiento, fenómeno que sugiere que este parámetro puede ser un factor predictivo importante de supervivencia aun cuando se indican diferentes esquemas terapéuticos. Los pacientes con CU tienen más riesgo de cáncer de colon que el resto de la población. Se sugirió que dicho riesgo está relacionado con la magnitud y la duración de la patología pero no con su actividad, asociación que no pudo valorarse en el trabajo actual. En conclusión, afirman los especialistas, los resultados de este estudio indican que el UCAI al inicio es un parámetro predictivo de evolución. La cirugía debería considerarse precozmente en pacientes con UCAI alto para eliminar la posibilidad de complicaciones colónicas.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál de los siguientes parámetros parece predecir mejor la evolución en pacientes con colitis ulcerosa?

- A. Índice de actividad clínica (UCAI).**
- B. Localización anatómica de la enfermedad.**
- C. Actividad endoscópica.**
- D. Todos por igual.**

[Respuesta Correcta](#)

ASOCIACION ENTRE NIVELES DE SELENIO Y RECURRENCIA DE ADENOMAS COLORRECTALES

Tucson, Atlanta, Boston y otras ciudades estadounidenses

Los resultados de este estudio, en el cual se combinaron los datos de tres ensayos diferentes, indican que el selenio desempeña un papel en la reducción del riesgo de la recurrencia de los adenomas colorrectales.

Journal of the National Cancer Institute 96(22):1669-1675, Nov 2004

Autores:

Jacobs E, Jiang R, Alberts D y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Arizona Cancer Center, University of Arizona, Tucson; Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta; Harvard School of Public Health, Boston, EE.UU.

Título original:

[Selenium and Colorectal Adenoma: Results of a Pooled Analysis]

Título en castellano:

Selenio y Adenoma Colorrectal: Resultados de un Análisis de Conjunto

Introducción

El selenio ha recibido mayor atención como una posible sustancia protectora contra el cáncer. Se han propuesto diversos mecanismos potenciales para este efecto anticarcinógeno, entre ellos cabe citar la inducción de la apoptosis, la protección del daño oxidativo y la mejoría en la respuesta inmunitaria. Las principales fuentes alimentarias de este elemento en los Estados Unidos son las carnes y los granos, pero su consumo varía según las áreas geográficas, debido a su desigual concentración en los suelos. Las personas que viven en regiones en donde existe un bajo consumo de selenio presentan tasas más elevadas de diversos cánceres, entre ellos el colorrectal. A pesar de estos datos, en los estudios epidemiológicos no se ha observado una asociación protectora firme, ya que en muchos de ellos se incluyó una población relativamente pequeña de pacientes y, en consecuencia, no fueron capaces de aportar una estimación precisa en la reducción del riesgo. Los datos conjuntos de estudios múltiples son herramientas útiles para la investigación de preocupaciones importantes de la salud pública. De esta manera, los autores decidieron realizar un análisis combinado de tres ensayos clínicos completos sobre el adenoma colorrectal (*Wheat Bran Fiber Trial*, *Polyp Prevention Trial* y *Polyp Prevention Study*), para evaluar el efecto de un nutriente de la dieta o de una intervención para el riesgo de desarrollo de un nuevo adenoma colorrectal en pacientes a quienes se les había removido uno con anterioridad durante una colonoscopia.

Métodos

Se midió la concentración plasmática de selenio en 1 763 participantes, y se establecieron cuartiles sobre los valores basales de este elemento, a partir de los datos conjuntos. Para estimar la asociación entre las concentraciones basales de selenio y el riesgo de adenoma colorrectal, se calcularon los cocientes de posibilidades (*odds ratio*, OR) y los intervalos de confianza (IC) a través de un modelo de regresión logística. Para los fines de este trabajo, la recurrencia se definió como el adenoma o cáncer colorrectal presente luego de la aleatorización en cualquiera de los ensayos analizados.

Resultados

Las características basales de los participantes de los tres ensayos a quienes se les determinó la concentración plasmática de selenio fueron similares, a pesar de que los análisis se efectuaron en diferentes laboratorios. La mayoría tenía más de 60 años y era de sexo masculino. La concentración sanguínea de selenio varió entre 97 y 191 ng/ml y se relacionó de forma inversa con el tabaquismo, el consumo de calcio y el índice de masa corporal.

En cada uno de los ensayos, el riesgo de aparición de un adenoma nuevo fue más bajo entre aquellos que se hallaron en los cuartiles más elevados de la concentración plasmática de selenio que en aquellos en los cuartiles más bajos. Los OR y los IC para los cuartiles más altos en comparación con los más bajos fueron de 0.67 (IC 95% 0.43 a 1.05) para *el Polyp Prevention Trial*, 0.66 (IC 95% 0.40 a 1.10) para el *Wheat Bran Fiber Trial*, y de 0.57 (IC 95% 0.34 a 0.95) para el *Polyp Prevention Study*. En el análisis global de los tres ensayos, los OR de recurrencia del adenoma fueron de 0.86 (IC 95% 0.65 a 1.13), 0.90 (IC 95% 0.68 a 1.19), y de 0.66 (IC 95% 0.50 a 0.87) para el segundo, tercer y cuarto cuartiles de la concentración de selenio, respectivamente, en comparación con el valor hallado para el cuartile más bajo. Se halló un descenso lineal en las probabilidades de recurrencia del adenoma (logaritmo de los cocientes de posibilidades) con valores plasmáticos de selenio por encima de 100 ng/ml.

Para los adenomas recurrentes pequeños, el OR ajustado para los valores plasmáticos de selenio por encima de la mediana de 130 ng/ml fue de 0.84 (IC 95% 0.69 a 1.02) en comparación con los valores por debajo de ella; para los adenomas de mayor tamaño, el OR ajustado fue de 0.89 (IC 95% 0.63 a 1.26); para los pólipos distales, de 0.98 y para los proximales, de 0.83.

Discusión

Este estudio, comentan los autores, se realizó para determinar si los niveles plasmáticos de selenio se asociaron con riesgo de recurrencia de los adenomas colorrectales en tres ensayos de suplementación o intervención dietaria. El análisis de cada uno de estos trabajos arrojó algunos datos acerca de que los niveles más elevados de selenio estuvieron asociados con una reducción en la recurrencia de los adenomas, pero los resultados sólo alcanzaron significación estadística para el *Polyp Prevention Study*, el trabajo en el cual se halló la proporción más elevada de recurrencias. El agrupamiento de datos de los tres estudios permitió una mayor precisión de las estimaciones y reveló una asociación inversa y significativa entre los niveles plasmáticos de selenio y la recurrencia de los adenomas. Estos datos, señalan los autores, aportan una mayor evidencia del efecto protector del selenio sobre el desarrollo de neoplasias colorrectales.

Las puntos fuertes de este trabajo radican en el número importante de pacientes disponibles a través de la agrupación de los datos. Esta técnica de agrupamiento permitió el uso eficaz de datos recolectados previamente. La combinación de grupos de datos incrementó la precisión de las estimaciones en el riesgo, ejemplificado por la comparación de los resultados individuales hallados en cada uno de los estudios con aquellos del análisis combinado.

Debido a la complejidad metabólica de este nutriente, se requieren estudios adicionales que evalúen la dosis de selenio y la forma biológica más apropiadas para la prevención de las neoplasias. Finalmente, los autores destacan el buen ejemplo que aporta el agrupamiento de datos provenientes de ensayos a gran escala para mejorar la precisión de las medidas de asociación.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con los niveles plasmáticos de selenio y el riesgo de adenoma colorrectal?

- A. No se han detectado asociaciones entre la concentración de selenio y el riesgo de adenoma colorrectal.**
- B. El incremento en los niveles plasmáticos de selenio aumenta el riesgo de recurrencia de adenoma colorrectal.**
- C. Existe una asociación inversa y significativa entre los niveles plasmáticos de selenio y la recurrencia de los adenomas colorrectales.**
- D. El descenso en los niveles plasmáticos de selenio disminuye el riesgo de adenomas colorrectales de mayor tamaño y de localización proximal.**

[Respuesta Correcta](#)

CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL GRAVE

Dayton, EE.UU.

La hemorragia digestiva grave en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos podría contribuir en forma indirecta a la mortalidad a largo plazo, pero no aparenta ser la causa primaria de muerte.

Southern Medical Journal 97(10):955-958, Oct 2004

Autores:

Gopalswamy N, Malhotra V, Reddy N y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Wright State University, Dayton, EE.UU.

Título original:

[Long-Term Mortality of Patients Admitted to the Intensive Care Unit for Gastrointestinal Bleeding]

Título en castellano:

Mortalidad a Largo Plazo de Pacientes Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos por Hemorragia Gastrointestinal

La información acerca de la mortalidad a largo plazo en individuos con hemorragia gastrointestinal (HGI) es escasa. El objetivo de este trabajo fue evaluar la tasa de mortalidad por cualquier causa y la relacionada con la hemorragia en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por HGI. El objetivo secundario fue investigar la validez de los puntajes APACHE III, de hemorragia gastrointestinal y Charlson para predecir la mortalidad a largo plazo en estos casos. El APACHE III computa las siguientes variables para obtener el puntaje total: la ruta de admisión a la UCI, la edad del paciente, la comorbilidad, el puntaje de coma de Glasgow, los parámetros de laboratorio y el coeficiente de HGI. El puntaje de HGI se calcula sobre la base del número de transfusiones requeridas dentro de las 24 horas de la internación y los signos presentes en la endoscopia gastrointestinal, y el índice de Charlson sobre la base de la comorbilidad.

Materiales y métodos

Para llevar a cabo este estudio se revisaron las historias clínicas de 66 pacientes internados en la UCI por HGI en los dos hospitales participantes durante 1995. Además de analizar las variables demográficas se examinó la información del día de admisión para calcular el puntaje APACHE III y el de Charlson. El número de transfusiones requeridas y los resultados de la endoscopia gastrointestinal también se investigaron para obtener el puntaje de hemorragia gastrointestinal. En forma periódica se recolectaron datos de mortalidad de la división de estadísticas vitales del condado donde se realizó el estudio hasta el 30 de junio de 2002 y a partir de los certificados de defunción se identificaron las causas primarias de muerte y las causas que contribuyeron con el deceso. Si la HGI era la causa primaria, se consideraba que la causa de muerte estaba directamente relacionada con la hemorragia. En cambio si la causa primaria no estaba relacionada con la hemorragia y ésta figuraba como causa que contribuyó con el deceso entonces se consideraba a la HGI como causa indirecta de muerte. Se estimó el período de supervivencia desde el momento de la internación hasta el día de la muerte o hasta el 30 de junio de 2002. Durante el análisis estadístico se analizaron los datos de supervivencia y los mecanismos para predecir el riesgo de mortalidad a través del método de Kaplan-Meier y de regresión de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados

De los 66 pacientes, 18 eran mujeres y la edad promedio de los individuos era de 58 años aunque el intervalo entre el valor mínimo y el máximo era muy amplio. En 54 casos los pacientes fueron

internados en UCI desde el comienzo y 12 fueron derivados a esta unidad luego de permanecer en la guardia. Entre los pacientes que ingresaron en UCI en forma directa, 25 murieron durante el período estudiado, 5 debido a HGI mientras que en otros 9 ésta fue la causa que contribuyó con el deceso. De los 12 sujetos derivados, 10 murieron durante el período estudiado; en un caso la causa primaria de muerte fue HGI y en tres se la consideró la causa indirecta del fallecimiento. Del total de pacientes, 51 presentaron HGI alta (HGIA), 7 HGI baja (HGIB) y en 8 se desconocía el sitio de origen (HGID). Cuarenta y ocho pacientes recibieron dos o más unidades de sangre. En total fallecieron 35 sujetos y 31 seguían vivos hasta el 30 de junio del 2002.

La HGI fue la causa primaria de muerte en 6 de los individuos estudiados y 3 de éstos murieron en el hospital en lapso de un mes. Veintinueve fallecieron por otra causa pero en 12 la HGI era la causa indirecta de muerte. De los 7 sujetos que murieron en el momento de la internación en todos la HGI figuraba como causa primaria de muerte (4 casos) o como causa indirecta (3 casos). La tasa de mortalidad por HGIA fue de 51%, por HGIB de 71% y por HGID de 50%. El 74% de las muertes en las personas con HGIA y el 33% en aquellas con HGIB o HGID estaban relacionadas con la hemorragia de manera directa o indirecta.

No se detectaron diferencias significativas entre los fallecidos y aquellos que sobrevivieron al compararlos en relación con las siguientes variables: el origen de la hemorragia, el número de transfusiones necesarias, el sexo, o la ruta de admisión a la UCI. Al relacionar el riesgo de mortalidad con los puntajes que evalúan la HGI éste resultó mayor cuando mayor era la edad del individuo o cuando el puntaje de Charlson fue alto.

Discusión

La mortalidad por HGI registrada se ha mantenido constante en los últimos 40 años en valores que van del 8% al 10%. Pero estos datos en su mayoría provienen de estudios que evalúan la mortalidad en el hospital o dentro del primer mes de internación, y la información más allá de los 30 días es escasa.

Las tasas más altas de mortalidad entre los pacientes con HGI son atribuidas a las enfermedades que coexisten con esta entidad. Por este motivo se utilizaron los puntajes APACHE III y de Charlson para evaluar el papel que desempeña la comorbilidad en el pronóstico de HGI. Por otra parte, el signo de hemorragia reciente facilita la evaluación de la gravedad y el origen de HGI y permite predecir la probabilidad de un nuevo sangrado y la mortalidad a corto plazo.

El número de unidades de sangre requeridas se ha utilizado en forma tradicional para evaluar la necesidad de cirugía o el grado de hemorragia. El grado de HGI se considera leve cuando la caída de los valores de hemoglobina es menor de 2 gramos, masivo si persiste el requerimiento de 3 unidades de sangre por día o si éste es superior, y moderado cuando se ubica entre estos dos extremos. En este trabajo la HGI fue de grado moderado o masivo.

La evidencia de hemorragia reciente (en especial en los casos de HGIA) y el número de unidades transfundidas se correlacionan de manera independiente con la gravedad de la hemorragia. Por este motivo ambos parámetros fueron incluidos en el puntaje de hemorragia gastrointestinal evaluado en esta investigación.

Un estudio que incluyó 582 pacientes con cirrosis internados en UCI demostró que la mortalidad por cualquier causa en el hospital era del 49%. El puntaje APACHE III mayor de 90 fue identificado en este estudio como factor de predicción de mortalidad. Los investigadores no pudieron constatar la utilidad de éste y del puntaje de HGI en estos casos para predecir la mortalidad a largo plazo y no pudieron explicar las diferencias en relación con estudios previos. En cambio, al comparar el puntaje de Charlson con el APACHE III se demostró que el primero podía ser empleado como factor de predicción.

La mortalidad asociada con la HGIB aparenta ser menor que por HGIA; sin embargo, en esta serie la mortalidad por HGIB fue mayor (71%) que por HGIA (51%). Esto podría ser explicado por la baja proporción de personas con HGIB en este estudio.

Cuarenta y ocho (73%) de los 66 casos analizados requirieron dos o más unidades de sangre y fueron representativos de HGI grave. Los autores opinan que es sorprendente que las tasas de mortalidad encontradas por cualquier causa y a largo plazo en pacientes con antecedentes de HGI grave hayan resultado más bajas de lo esperado. Entre las muertes relacionadas con la hemorragia, esta última fue identificada en la mayoría de los casos como causa que contribuyó con el deceso y sólo en una pequeña fracción de sujetos fue la causa primaria de muerte.

La fortaleza de esta investigación reside en que se incluyeron pacientes cuya condición era grave (internados en UCI con requerimiento de transfusión), se evaluó la mortalidad en un período de 7 años, los datos se recolectaron a partir de copias de los certificados de defunción para determinar

las causas de muerte y se incluyeron pacientes con HGI de distinto origen. Entre las limitaciones figuran: el escaso número de pacientes, el hecho de que la causa de muerte a partir de los certificados de defunción puede no ser precisa y que la tasa de mortalidad podría haber sido subestimada debido a que algunos individuos podrían haber muerto fuera del condado donde se realizó la investigación.

Conclusión Los autores determinaron en su investigación que la mortalidad a largo plazo (en un período de 7 años) en pacientes internados en UCI por HGI fue menor que la que se informa en la literatura. La HGI fue la causa de muerte en una baja proporción de pacientes, aunque en la mayoría de los casos figuraba como causa contribuyente al deceso.

Autoevaluación de Lectura

Indique cuál de los siguientes enunciados es verdadero según esta investigación:

- A. La hemorragia gastrointestinal (HGI) es la causa primaria de muerte en la mayoría de los pacientes internados en UCI por esta causa**
- B. El puntaje APACHE III permite predecir la mortalidad de estos pacientes.**
- C. El puntaje Charlson permite predecir la mortalidad en estos sujetos.**
- D. La tasa de mortalidad por cualquier causa y a largo plazo detectada fue mayor que la registrada en la literatura.**

[Respuesta Correcta](#)

ESTABLECEN PERFIL DEL PACIENTE CON DISPEPSIA SOMETIDO A EVALUACION ENDOSCOPICA

Portland, EE.UU.

La evaluación de una base de datos norteamericana permitió la clasificación de los pacientes con dispepsia que son sometidos a evaluación endoscópica.

Gastroenterology 127(4):1067-1075, Oct 2004

Autores:

Lieberman D, Fennerty MB, Morris CD y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Division of Gastroenterology and Department of Medical Informatics and Clinical Epidemiology, Oregon Health and Science University, Portland, EE.UU.

Título original:

[Endoscopic Evaluation of Patients with Dyspepsia: Results from the National Endoscopic Data Repository]

Título en castellano:

Evaluación Endoscópica de Pacientes con Dispepsia: Resultados de la Base de Datos Endoscópicos Nacional

Introducción

Anualmente, más de un tercio de adultos experimenta dispepsia, definida por la presencia de pirosis, dolor en la región superior del abdomen o ambos. Los costos asociados con la evaluación

médica, el tratamiento y el ausentismo laboral son importantes. Las pautas recomiendan la endoscopia en pacientes de "riesgo elevado", como los mayores de 50 años con dispepsia de inicio reciente, con síntomas de alarma (disfagia, descenso de peso, evidencia de hemorragia digestiva, vómitos) y síntomas refractarios. Hay polémica respecto del papel apropiado de la endoscopia durante la evaluación y el tratamiento de la dispepsia cuando no existen síntomas de alarma. Algunos expertos consideran que todos los pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico crónica deben ser sometidos a evaluación endoscópica para determinar si presentan esófago de Barrett o adenocarcinoma incipiente. Otros investigadores sugieren que la práctica es cara y no mejora los resultados. Ante la ausencia de estudios apropiados, no existe consenso respecto del enfoque inicial.

A pesar de las dudas sobre los beneficios de la endoscopia en la evaluación de la dispepsia, muchos pacientes finalmente serán sometidos a este estudio para la valoración de los síntomas de dispepsia. En la presente experiencia los autores clasificaron a los sujetos sometidos a endoscopia y determinaron los hallazgos endoscópicos. Esta información puede ser útil en la decisión de llevar a cabo la endoscopia en la práctica clínica mediante la identificación de los casos con patología importante. La Iniciativa para la Investigación de Resultados Clínicos (CORI) recoge la información endoscópica de varios consultorios norteamericanos. En el presente análisis los autores describieron las características demográficas de la población con dispepsia sometida a endoscopia, determinaron la prevalencia de neoplasias y de otras patologías importantes del tracto digestivo superior y las características de los pacientes y establecieron quiénes presentan riesgo de patología grave.

Métodos

En la actualidad, la CORI recibe anualmente más de 220 000 informes endoscópicos proveniente de 73 consultorios de 24 estados. El presente análisis comprendió la información registrada entre enero de 2000 y junio de 2002, para determinar cantidad, edad y sexo de los individuos sometidos a endoscopia del tracto digestivo superior, indicaciones de la evaluación y hallazgos endoscópicos de relevancia. Los médicos proporcionaron una indicación como mínimo en el informe. Los grupos de pacientes fueron definidos de acuerdo a las indicaciones y comprendieron a aquellos con dispepsia por reflujo o con dispepsia sin reflujo con dolor o molestias abdominales sin disfagia ni esófago de Barrett. Las indicaciones del estudio incluyeron la presencia o ausencia de síntomas de alarma. Los hallazgos endoscópicos de interés para el análisis comprendieron inflamación esofágica, posible neoplasia esofágica, posible esófago de Barrett, neoplasia gástrica y úlcera gástrica o duodenal. Los autores evaluaron los factores demográficos y las indicaciones para la endoscopia a partir de los hallazgos de posible esófago de Barrett, posible neoplasia y úlcera.

Resultados

La muestra final del análisis incluyó a 36 357 individuos. En los 2 grupos predominaron las mujeres. El 41% del grupo con reflujo y el 43.4% del grupo sin reflujo con dispepsia eran menores de 50 años. La distribución de las razas difirió notablemente entre los grupos. Así, los blancos (no hispanos) representaron el 81.7% del grupo reflujo y el 71.8% del otro grupo. El último presentó una mayor proporción de negros y de hispanos. Los síntomas de alarma fueron menos comunes en los sujetos con reflujo (8.6%) en comparación con los otros pacientes (20.3%). El 6.9% de la muestra sufrió hemorragia digestiva, el 3.9% experimentó descenso ponderal y el 6.2% presentó vómitos. El 36.5% de los casos no superaba los 50 años y no evidenció síntomas de alarma. Los pacientes con reflujo presentaron mayor prevalencia de inflamación esofágica y de posible esófago de Barrett. Los sujetos sin reflujo exhibieron mayores tasas de úlcera gástrica o duodenal. Entre las personas con posible esófago de Barrett, el 45.2% presentó un segmento de 2 cm o más. El análisis reveló diferencias importantes según la procedencia de la información. En los centros de veteranos predominó una población de hombres de mayor edad con síntomas de reflujo, mayores tasas de posible esófago de Barrett, estenosis esofágica y úlcera duodenal. La tasa de inflamación esofágica fue superior en los centros comunitarios (25.7%) en comparación con las instituciones académicas (16.3%). La tasa de posible esófago de Barrett con segmento mayor de 2 cm fue superior en los centros comunitarios.

En los 2 grupos de estudio, la edad mayor de 50 años y la presencia de síntomas de alarma se asociaron con mayor prevalencia de neoplasias y de úlceras. En el grupo con reflujo, la estenosis esofágica y el esófago de Barrett fueron más comunes a partir de los 50 años. El análisis estadístico reveló que la presencia de neoplasia se asoció estrechamente con el sexo masculino, descenso de peso y vómitos. El riesgo de neoplasia aumentó notablemente entre los 70 y 79 años

(6 veces mayor que el de los menores de 40 años). Los sujetos con reflujo experimentaron menor riesgo de neoplasias en comparación con el otro grupo. Los indios norteamericanos y los sujetos provenientes de las islas del Pacífico presentaron mayor riesgo de neoplasia respecto de los blancos no hispanos. Por otra parte, la presencia de síntomas de reflujo, el sexo masculino, la edad mayor de 50 años y la raza blanca no hispana se asociaron estrechamente con la presencia de posible esófago de Barrett. Los hallazgos de úlcera duodenal o gástrica se relacionaron estrechamente con el sexo masculino y la edad mayor de 40 años. Los sujetos negros e hispanos presentaron úlceras con mayor frecuencia. Los autores comprobaron una relación inversa entre la presencia de síntomas de reflujo, aunque la presencia de vómitos aumentó el riesgo de úlcera. La existencia de uno o más elementos de hemorragia se asoció con mayor riesgo en hombres y mujeres.

Por otra parte, los autores calcularon la cantidad de endoscopias necesarias (CEN) para detectar a un paciente con posible neoplasia. La presencia de descenso de peso o de vómitos disminuyó la CEN en todas las edades, grupos raciales y en ambos sexos. La CEN en hombres mayores de 50 años con dispepsia y descenso ponderal fue menor de 50 en los grupos raciales. Las mujeres presentaron menor riesgo que los hombres. En varones y mujeres, los hispanos exhibieron similar CEN en comparación con los pacientes blancos. Sin embargo, los sujetos negros, asiáticos e indígenas presentaron menor CEN. Además, a partir de los 50 años, la posibilidad de esófago de Barrett mayor de 2 cm es común, y la CEN ascendió a 13 en hombres blancos y varió entre 32 y 44 en varones negros, hispanos y asiáticos. Las mujeres blancas requirieron menor CEN que los otros grupos raciales aunque fue superior al de los hombres.

Conclusión

La Base de Datos Endoscópicos Nacionales constituye una valiosa fuente para la identificación de los patrones de práctica médica y el desarrollo de hipótesis. Aunque limitado a pacientes con dispepsia evaluados mediante endoscopia, la presente información proporciona un perfil interesante de este grupo. Los hallazgos no pueden ser extendidos a la población general de sujetos con síntomas de dispepsia. De la investigación se desprende que los beneficios de la endoscopia en menores de 50 años sin síntomas de alarma son dudosos y requieren mayor profundización. Los resultados confirman la importancia de los síntomas de alarma como pronósticos de patología importante, como neoplasias y úlceras. Por último, la información también demostró que en la práctica clínica, los factores de riesgo de esófago de Barrett coinciden con los de la bibliografía publicada.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál factor está asociado con neoplasia esofágica en sujetos que presentan dispepsia?

- A. Sexo masculino.**
- B. Raza negra.**
- C. Evidencia de hemorragia.**
- D. Sexo femenino.**

[Respuesta Correcta](#)

LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES PODRIAN MEJORAR SINTOMAS ASOCIADOS CON EL REFLUJO GASTROESOFAGICO

Tampere, Finlandia

Dado que el reflujo gastroesofágico agrava los síntomas asmáticos, los inhibidores de la bomba de protones podrían aliviar esos síntomas.

American Journal of Medicine 115(Supl. 3A): 65-71, Ago 2003

Autores:

Kiljander TO

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Respiratory Diseases, Tampere University Hospital, Tampere, Finlandia

Título original:

[The Role of Proton Pump Inhibitors in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease-Related Asthma and Chronic Cough]

Título en castellano:

La Función de los Inhibidores de la Bomba de Protones en el Manejo del Asma y la Tos Crónica Asociadas con Trastornos por Reflujo Gastroesofágico

Introducción

Es reconocido que el asma y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) coexisten con frecuencia. El asma inestable puede inducir el reflujo mediante el incremento del gradiente de presión transdiafragmático, y la medicación para el asma puede hacerlo por la reducción de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI). Asimismo, existen indicios de que la ERGE puede desencadenar asma en ciertos pacientes. Dado que la ERGE agrava los síntomas asmáticos, podría esperarse que un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) aliviara esos síntomas.

Sin embargo, los resultados de los estudios no son concluyentes.

La ERGE es reconocida como una causa importante de tos crónica, aunque solo dos estudios controlados con placebo investigaron los efectos de los IBP sobre la tos crónica.

El propósito del autor en este artículo es realizar una revisión de los estudios que investigaron la eficacia de una terapia con IBP sobre el asma y la tos crónica relacionados con la ERGE.

Prevalencia de la ERGE en los asmáticos

Los hallazgos de los estudios son muy variables. La prevalencia descrita es de 32% a 90%, pero en general puede aseverarse que un tercio de los pacientes asmáticos sufren enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Tratamiento con IBP en pacientes asmáticos con ERGE

Diversos estudios evaluaron los efectos de los IBP sobre la broncoconstricción en pacientes asmáticos con ERGE. Los resultados, no uniformes, hacen difícil su interpretación.

Dosis de IBP

Según diversos estudios, una dosis diaria de omeprazol de 40 mg, es decir, el doble de la dosis estándar de 20 mg diarios, parece inhibir el reflujo ácido en 93% de los pacientes con asma y ERGE. El esomeprazol parece más efectivo, pero aun es razonable emplear una dosis diaria igual al doble de la estándar.

Duración del tratamiento

Los estudios demuestran que en pacientes asmáticos que también sufren ERGE se requiere un tratamiento mínimo de 2 a 3 meses con IBP para evaluar hasta qué punto es capaz de mejorar sus síntomas relacionados con el asma. Se recomienda la pesquisa de esófago de Barrett en todos los pacientes que requieren terapia continua con IBP por su enfermedad de reflujo.

Efectos de los IBP sobre el asma relacionado con ERGE

Se realizaron siete estudios que evaluaban los efectos del omeprazol sobre la broncoconstricción en los pacientes con asma y ERGE asociada. Si se toma como referencia el mínimo de tratamiento de 2 meses y una dosis diaria igual al doble de la estándar puede aseverarse que todos los estudios, excepto dos, fueron inadecuados debido a supresión ácida incorrecta, inadecuada duración del tratamiento o falta de control con placebo. Además, todos los estudios fueron relativamente pequeños; la mayor investigación, llevada a cabo por el autor, incluyó sólo 52 pacientes. Este fue un estudio a doble ciego, cruzado, controlado con placebo, en el que se empleó una dosis diaria de omeprazol de 40 mg, una vez por día, durante 8 semanas. En este estudio, el omeprazol produjo una mejoría en los síntomas asmáticos nocturnos, pequeña pero estadísticamente significativa. Además, el estudio demostró una mejoría de por lo menos 20% en los síntomas asmáticos diarios, en un tercio de los pacientes investigados.

Cuando se consideran los dos estudios con adecuada supresión ácida y correcta duración del tratamiento, entre ellos el del autor, queda claro que ambos detectaron mejoría en los síntomas asmáticos nocturnos. Sin embargo, ninguno de ellos comunicó mejoría en la función pulmonar ocasionada por tratamiento con omeprazol. En realidad, la terapia con IBP raramente parece mejorar esta función en los pacientes asmáticos que también tienen ERGE. Tampoco parece producirse, de acuerdo con lo observado en los estudios, una mejoría considerable en los síntomas asmáticos diurnos como efecto del tratamiento con IBP.

Predicción de la respuesta al tratamiento

En cuanto a los síntomas asmáticos en general, 35% a 67% de los pacientes con asma y que también presentan ERGE parecen responder favorablemente al tratamiento con IBP. Se halló que la función pulmonar mejora acentuadamente sólo en 20% a 27%. En vista de que solo algunos pacientes con asma y ERGE asociada responden sintomáticamente a la terapia con IBP y que aun muchos menos parecen mejorar su función pulmonar, sería interesante poder predecir cuáles pacientes tendrán más posibilidades de beneficiarse con un tratamiento con IBP.

El autor demostró en su estudio que los asmáticos que presentaban mejores resultados eran los que padecían ERGE más grave. Asimismo, encontró que el reflujo más intenso hacia el esófago distal, y no hacia el proximal, predecía resultados más favorables.

De acuerdo con los datos comunicados por algunos estudios, como la curación de la esofagitis por reflujo, la respuesta a la ranitidina o la respuesta presentada ante estos fármacos por pacientes con asma intrínseca o difícil de controlar, no es posible predecir en qué pacientes un tratamiento con IBP será más efectivo.

Tos crónica y ERGE

Se realizaron sólo 2 estudios controlados con placebo para investigar los efectos de la terapia con IBP sobre la tos crónica relacionada con la ERGE. Aunque los resultados de estos estudios pueden ser interpretados como positivos, no son tan favorables como los obtenidos mediante ensayos no controlados. Es decir, es posible que los resultados de los estudios abiertos hayan sido demasiado optimistas.

Aunque se acepta que la ERGE causa tos, existen también datos que sugieren que la tos podría favorecer el reflujo. En realidad, se ha propuesto un círculo vicioso de tos-reflujo.

En uno de los estudios realizados sobre el particular, encontró que 35% de los pacientes con tos crónica y ERGE respondían favorablemente al tratamiento con omeprazol.

En el estudio realizado por el autor, sobre 29 pacientes que presentaban tos crónica asociada con ERGE, el reflujo ácido cesó en todos los pacientes en tratamiento con omeprazol. Esto llevó a un alivio en la tos que, a su vez, dejó de producir reflujo gástrico. Los síntomas gástricos disminuyeron aun en el período placebo del estudio. Debido al menor reflujo gástrico, también la tos continuó mejorando durante el período placebo.

Ni la duración del tratamiento ni la dosis de IBP necesaria para el manejo de la tos crónica asociada con ERGE fueron estudiadas extensamente. Sin embargo, como en el asma relacionado con ERGE, en la tos crónica asociada con ERGE parece razonable utilizar una dosis de IBP igual al doble de la estándar, por un mínimo de 2 a 3 meses.

Resumen

Existe una alta prevalencia de ERGE en los pacientes asmáticos. En el manejo del asma relacionado con ERGE, los IBP deberían emplearse en dosis iguales al doble de las estándar y la duración del

tratamiento debería ser de un mínimo de 2 a 3 meses, antes de concluir si el tratamiento es efectivo. Parece que la dosis y la duración adecuadas del tratamiento con IBP podrían mejorar los síntomas asmáticos nocturnos. Esta terapia también podría mejorar los síntomas asmáticos diurnos y la función pulmonar en algunos pacientes asmáticos que también sufren ERGE.

Existen indicios de que la ERGE más grave podría predecir efectos más favorables del tratamiento con IBP sobre los síntomas asmáticos. Esto llevó al autor a preguntarse si la ERGE frecuentemente encontrada en los pacientes asmáticos se debe a la medicación o al asma en sí misma; además se podría plantear que sólo las formas más graves de ERGE serían agravantes del asma. De todos modos, muchos de los resultados de los estudios fueron criticados por los errores hallados en su diseño. Además, los estudios eran relativamente pequeños. Se necesitan estudios mayores y adecuadamente planeados para dilucidar el papel que tienen los IBP en el manejo del asma asociado con ERGE.

Solo se realizaron dos ensayos controlados que investigaron la eficacia de los IBP en la tos crónica asociada con ERGE. Aunque parece que el tratamiento con IBP alivia la tos crónica en los pacientes con ERGE se necesitan nuevos estudios controlados para confirmar esta conclusión. Dado que aparentemente existe un círculo vicioso de tos-reflujo, los estudios futuros deberían ser de diseño paralelo. Ni las dosis de los IBP ni la duración del tratamiento con éstos para el manejo correcto de la tos crónica asociada con ERGE fueron estudiados extensamente. Sin embargo, como en el tratamiento del asma relacionado con ERGE, parece razonable el empleo de dosis iguales al doble de las estándar, por un período mínimo de 2 a 3 meses.

Autoevaluación de Lectura

Los inhibidores de la bomba de protones:

- A. Mejoran marcadamente la función pulmonar.**
- B. Mejoran levemente la función pulmonar.**
- C. No mejoran la función pulmonar.**
- D. Ninguna es correcta.**

[Respuesta Correcta](#)