

## Uso e impacto de la endoscopia temprana en pacientes ancianos con hemorragia por úlcera péptica; un análisis poblacional

Cooper GS, Kou TD, Wong RC. **Use and impact of early endoscopy in elderly patients with peptic ulcer hemorrhage: a population-based analysis.** *Gastrointest Endosc* 2009;70:229-35.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y desenlaces asociados con la endoscopia superior temprana (dentro de las primeras 24 horas de presentación) comparada con la endoscopia tardía en hemorragia por úlceras pépticas (UP).

**Diseño:** Análisis retrospectivo de una base de datos.

**Métodos:** Se compararon características de los pacientes hospitalizados y ambulatorios mayores de 66 años manejados con endoscopia temprana vs. tardía: demografía, comorbilidades, cirugía gastrointestinal superior, duración de la estancia hospitalaria y mortalidad a 30 días. Se realizaron análisis univariados y multivariados de las diferentes variables clínicas.

**Resultados:** Se identificó un total de 2 592 pacientes con hemorragia por UP, incluidos 414 que se manejaron en forma ambulatoria. El promedio de edad fue de  $78.4 \pm 7.7$  años. El 55% fueron mujeres y 87.7% era de raza blanca. Se realizó endoscopia temprana en 1 854 pacientes (71.5%). La endoscopia temprana se acompañó de una disminución significativa en días de estancia hospitalaria (-1.95 días, IC al 95%, -2.60 a -1.29 días), disminución de procedimientos quirúrgicos (OR 0.37; IC al 95% 0.21-0.66), pero no resultó en una disminución de la mortalidad a 30 días (OR 0.88; IC al 95%, 0.62-1.23).

**Limitaciones:** Estudio basado en una cohorte transversal de una base de datos de Medicare que no permite conocer detalles clínicos relevantes.

**Conclusiones:** La endoscopia temprana se asocia a una menor frecuencia en procedimientos quirúrgicos y menor estancia hospitalaria.

**¿Qué se sabe del tema?** La endoscopia temprana permite tratar la hemorragia activa y lesiones de alto riesgo, lo que podría reducir la morbilidad relacionada con el sangrado y la necesidad de una

intervención quirúrgica. Además, permite estratificar a los pacientes en riesgo bajo y alto con el objetivo de ofrecer un manejo ambulatorio temprano.<sup>1</sup> Sin embargo, la endoscopia temprana podría ser difícil de implementar y costosa en la práctica, ya que requiere el apoyo de personal entrenado, además de instalaciones adecuadas para realizar la endoscopia en el servicio de urgencias. Hay que considerar que se podrían encontrar residuos hemáticos que impidieran la identificación y tratamiento de las lesiones causales. Sería entonces necesario repetir la endoscopia con el consecuente aumento de riesgos y costos.

**¿Qué aporta el estudio?** El estudio apoya el uso rutinario de la endoscopia temprana, tal vez debido a un mejor control de la hemorragia. Lo anterior fue limitado a pacientes mayores de 65 años, por lo que se desconoce si los resultados serían extrapolables a pacientes más jóvenes<sup>2</sup>. En este estudio no se analizaron variables clínicas importantes como signos vitales, exploración física, resultado del lavado nasogástrico, datos de laboratorio o modelos de predicción como Rockall<sup>2</sup> o Blatchford,<sup>3</sup> incluyendo hallazgos endoscópicos, aunque se evaluaron otros factores ya conocidos como edad o enfermedades concomitantes. Los autores no mencionan el criterio por el cual un paciente fue manejado con endoscopia temprana o tardía, lo que podría representar un sesgo de selección. Aunque no se produjo una menor mortalidad, la endoscopia temprana se asoció con una tasa más baja de procedimientos quirúrgicos y menos días de hospitalización, lo que podría ser costo-benéfico. Serán necesarios más estudios para determinar si la endoscopia temprana puede representar un beneficio para la población en general.

### Referencias

1. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139: 843-57.
2. Spiegel BMR, Vakil NB, Offman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: is sooner better? *Arch Intern Med* 2001;161:1393-404.
3. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *Br Med J* 1995;311:222-6.
4. Blatchford O, Murray WR, Blatchford MA. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000;356:1318-21.

*Dr. Jorge García-Leiva*

Servicio de Gastroenterología. Departamento de Medicina interna. Hospital Ángeles-CMP. San Luis Potosí, SLP.