

EDITORIAL

¿Deberíamos usar la ecografía para estratificar el riesgo en los pacientes con hemorragia digestiva?

Should we use ultrasound for risk stratification in patients with gastrointestinal hemorrhage?

Elke Platz¹, Ali Vazir²

Los pacientes con hemorragia digestiva aguda (HDA) normalmente llegan al servicio de urgencias con hematemesis, melena o hematoquecia. La evaluación inicial del paciente con sospecha de HDA clínicamente significativa incluye una historia clínica, un examen físico y unos test de laboratorio. El momento para realizar estudios diagnósticos más avanzados en pacientes hemodinámicamente estables así como la disposición final tras su asistencia en el servicio de urgencias (paso a una unidad de observación, ingreso en sala de hospitalización convencional o de cuidados intensivos, o alta hospitalaria) dependen en gran medida del riesgo de hemorragia clínicamente relevante continuada o recurrente y de resultados adversos asociados. Para ayudar a los médicos clínicos en esta toma de decisiones, se han desarrollado y verificado varias escalas de riesgo. Para hemorragias digestivas altas, por ejemplo, la Escala Glasgow Blatchford está basada en la concentración de nitrógeno ureico en sangre, hemoglobina, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca y la presencia de melena, síncope, enfermedad hepática o insuficiencia cardíaca¹. La escala predice el riesgo de necesitar una intervención endoscópica. La escala AIMS65 es otro sistema de puntuación con una gran precisión para predecir la mortalidad entre los pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta y está basada en la evaluación de la albúmina, la razón internacional normalizada (RIN) del tiempo de protrombina, el estado mental, la presión arterial sistólica y la edad. También en pacientes con una hemorragia digestiva baja se han propuesto variables clínicas similares para una identificación precoz de pacientes de alto riesgo²⁻⁴.

El estudio de Yale Tung Chen *et al.* que se publica en el presente número de EMERGENCIAS buscaba evaluar si el ecocardiograma y la ecografía pulmonar podían mejorar la estratificación de riesgo en pacientes que llegaban al servicio de urgencias con HDA (alta o baja)⁵. Los autores llevaron a cabo un estudio observacional en 203 pacientes en España con el objetivo de examinar si la ecografía de la vena cava inferior (VCI), la presencia del “fenómeno del beso” del ventrículo

izquierdo y la integral velocidad-tiempo en ecocardiogramas en reposo con elevación pasiva de la pierna podían identificar pacientes con hipovolemia en riesgo de sufrir eventos adversos durante el ingreso o los 30 días siguientes al evento índice. Los autores escogieron una definición muy amplia de evento compuesto durante la hospitalización: una disminución en la presión arterial media por debajo de 60 mmHg, una saturación de oxígeno por pulsioximetría inferior a 92% y su agravamiento respecto a la de la llegada, una frecuencia cardíaca superior a 100 lpm, una disminución de la hemoglobina o el hematocrito comparado con determinaciones anteriores, una disminución del pH en sangre comparado con previos análisis, así como aumentos en urea, creatinina o lactato en relación a los valores del paciente determinados en analíticas anteriores. Los principales hallazgos fueron que un diámetro de la VCI en espiración inferior a 1 cm (*Odds Ratio* –OR– 3,27, intervalo de confianza –IC– del 95% 1,21-8,85, *P* = 0,015), y un examen rectal “positivo” (OR 1,91, IC 95% 1,02-3,60, *P* = 0,043) estaban relacionados con eventos hospitalarios adversos en 24 horas. Además, se examinaron también los resultados a 30 días que no fueron definidos de forma clara (empeoramiento clínico, hemorragia recurrente, necesidad de transfusión y “otros”) y se relacionaron con variables clínicas, de laboratorio o de ecografías múltiples que intentaban identificar a pacientes con un alto riesgo de sufrir estos eventos.

Este estudio debe considerarse en el contexto de sus limitaciones. Con respecto al diseño del estudio, no está claro si los médicos clínicos pudieron ver los resultados de la ecografía y esto podría ser una fuente de sesgo. Además, la definición vaga y amplia de evento hospitalario hace difícil interpretar los resultados del estudio. Por ejemplo, ¿consideraría un médico una disminución de hematocrito del 42% al 41% después de administrar fluidos intravenosos como un evento hospitalario clínicamente importante? Mientras los autores indican claramente que los eventos hospitalarios constituyen el resultado principal, la razón por la cual

Filiación de los autores: ¹Department of Emergency Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, EE.UU. ²Royal Brompton & Harefield NHS Foundation Trust and National Heart and Lung Institute, Imperial College London, UK.

Autor para correspondencia: Elke Platz. Department of Emergency Medicine. Brigham and Women's Hospital. 75 Francis Street, Neville House. Boston, MA 02115, EE.UU.

Correo electrónico: eplatz@bwh.harvard.edu

Información del artículo: Recibido: 8-1-19. Aceptado: 10-1-2019. Online: 22-2-2019.

Editor responsable: Oscar Miró.

Nota del editor: El artículo fue enviado en inglés por los autores, y fue evaluado y aceptado en dicho idioma. La presente versión ha sido traducida al español por el equipo editorial de EMERGENCIAS.

se examinó la potencial relación entre los resultados de la ecografía del servicio de urgencias (y muchas otras variables clínicas) con una variable de resultado combinada a 30 días no está clara. Estos resultados pueden estar influenciados por muchos factores (por ejemplo, tratamiento hospitalario, anticoagulación en curso en el momento del alta), los cuales pueden ser más importantes que los resultados iniciales de la ecografía en el momento de ingreso. Además, el uso de la ecografía pulmonar en este escenario parece poco claro, ya que dicha exploración mide congestión pulmonar en el contexto de una sobrecarga de volumen más que de hipovolemia oculta, que fue el objetivo del presente estudio. Las ecografías de pulmón serían solamente útiles en situaciones poco habituales como una enfermedad valvular cardíaca descompensada (por ejemplo la estenosis aórtica) que resulte en un edema pulmonar en el contexto de una HDA.

A pesar de estas limitaciones, este estudio debe ser considerado como generador de hipótesis. En el futuro, serán necesarias investigaciones con diseños robustos que cuenten con la potencia estadística necesaria, utilicen un brazo control con un cegamiento adecuado y tengan un objetivo mejor definido para poder determinar la verdadera utilidad y el valor añadido que proporcionan los datos ecográficos en la estratificación del riesgo y el manejo de los pacientes que presentan una HDA.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores: Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado con revisión interna por parte del Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Blatchford O, Murray WR and Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356:1318-21.
- 2 Camus M, Jensen DM, Ohning GV, Kovacs TO, Jutabha R, Ghassemi KA, Machicado GA, Dulai GS, Jensen ME and Gornbein JA. Comparison of Three Risk Scores to Predict Outcomes of Severe Lower Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50:52-8.
- 3 Strate LL, Orav EJ and Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med*. 2003;163:838-43.
- 4 Hreinsson JP, Sigurdardottir R, Lund SH and Bjornsson ES. The SHA2PE score: a new score for lower gastrointestinal bleeding that predicts low-risk of hospital-based intervention. *Scand J Gastroenterol*. 2018:1-6.
- 5 Tung Chen Y, Blancas Gómez-Casero R, Quintana Díaz M, Oliva B. El colapso inspiratorio de la vena cava inferior y la obliteración sistólica (kissing) ventricular izquierda: marcadores de mal pronóstico en la hemorragia gastrointestinal en urgencias. *Emergencias* 2019;31:79-85.