

PERLAS PARA URGENCIÓLOGOS

Tratamiento con inhibidor de la bomba de protones iniciado antes de la endoscopia en la hemorragia gastrointestinal superior: una revisión Cochrane



Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding: a Cochrane review

Takeshi Kanno^{1,3}, Yuhong Yuan^{1,4}, Frances Tse^{1,4}, Colin W. Howden⁵, Paul Moayyedi^{1,4}, Grigorios I. Leontiadis^{1,4}

Fundamento

La hemorragia gastrointestinal superior o hemorragia digestiva alta (HDA) es una razón frecuente de consulta en urgencias hospitalarias. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) reducen la producción de ácido gástrico y se utilizan para tratar la HDA. Sin embargo, hay evidencia contradictoria con respecto a la eficacia clínica de los IBP iniciados antes de la endoscopia en personas con HDA.

Objetivos

Evaluar los efectos del tratamiento con IBP iniciado antes de la endoscopia en personas con HDA aguda.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las bases de datos CENTRAL, MEDLINE, Embase y CINAHL y en las actas de conferencias importantes hasta octubre de 2008 para las versiones anteriores de esta revisión, y en abril de 2018, octubre de 2019 y el 3 de junio de 2021 para esta actualización. También contactamos a expertos en el campo y buscamos registros de ensayos y referencias de ensayos adicionales.

Criterios de selección

Se seleccionaron ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon el tratamiento con un IBP (oral o intravenoso) frente a un tratamiento de control con placebo, antagonista del receptor de histamina-2 (H2RA) o sin tratamiento, antes de la endoscopia en personas hospitalizadas con HDA no investigada.

Extracción de datos y análisis

Al menos dos autores de la revisión evaluaron de manera independiente la elegibilidad del estudio, extrajeron datos del estudio y evaluaron el riesgo de sesgo. Los resultados evaluados a los 30 días fueron: mortali-

dad (fue el resultado primario), hemorragia repetida, cirugía, estigmas de alto riesgo de hemorragia reciente (sangrado activo, vaso visible no sangrante o coágulo adherente) en la endoscopia inicial, tratamiento hemostático endoscópico en la endoscopia inicial, tiempo hasta el alta, requerimientos de transfusión de sangre y efectos adversos. Se utilizaron procedimientos metodológicos estándar esperados por Cochrane.

Resultados principales

Se incluyeron seis ECA que comprendían 2.223 participantes. No se han publicado nuevos estudios después de la búsqueda de literatura realizada en 2008 para la versión anterior de esta revisión. De los estudios incluidos, consideramos que uno tenía un bajo riesgo de sesgo, dos tenían un riesgo de sesgo incierto y tres un alto riesgo de sesgo.

Los metanálisis sugieren que el uso de IBP preendoscópico puede no reducir la mortalidad (OR 1,14, IC 95% de 0,76 a 1,70; 5 estudios; evidencia de baja certeza) y puede reducir el riesgo de sangrado repetido (OR 0,81, IC 95% de 0,62 a 1,06; 5 estudios; evidencia de baja certeza). Además, el uso de IBP preendoscópico puede no reducir la necesidad de cirugía (OR 0,91, IC 95% de 0,65 a 1,26; 6 estudios; evidencia de baja certeza) y puede no reducir la proporción de participantes con estigmas de alto riesgo de hemorragia reciente en la endoscopia inicial (OR 0,80, IC 95% de 0,52 a 1,21; 4 estudios; evidencia de baja certeza). El uso de IBP preendoscópico probablemente reduce la necesidad de tratamiento hemostático endoscópico en la endoscopia inicial (OR 0,68, IC 95% de 0,50 a 0,93; 3 estudios; evidencia de moderada certeza).

No hubo datos suficientes para determinar el efecto del uso de IBP preendoscópico en las transfusiones de sangre (2 estudios; metanálisis no posible; evidencia de

Filiación de los autores: ¹Department of Medicine, Division of Gastroenterology, McMaster University, Hamilton, Canadá. ²Division of Gastroenterology, Tohoku University Hospital, Sendai, Japón. ³Department of Education and Support for Regional Medicine, Tohoku University Hospital, Sendai, Japón. ⁴Farncombe Family Digestive Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, Canadá. ⁵Division of Gastroenterology, University of Tennessee, Memphis, TN, Estados Unidos.

Autor para correspondencia: Grigorios I. Leontiadis.

Correo electrónico: leontia@mcmaster.ca

Información del artículo: Esta sección reproduce artículos previamente publicados por Cochrane Database of Systematic Reviews y se realiza en coordinación con Patricia Jabre, Sebastien Beroud, Julie Dumouchel, Virginie-Eve Lvovschi, Kirk Magee, Daniel Meyran, Nordine Nekhilli y Youri Yordanov del grupo Cochrane Pre-hospital and Emergency Care. El artículo corresponde a la traducción al español por parte del equipo editorial de EMERGENCIAS de una parte del artículo publicado en Cochrane Database of Systematic Reviews, número 1, 2022. Art. No.: CD005415. DOI: 10.1002/14651858.CD005415.pub4. (ver <https://www.cochranelibrary.com/> para mayor información). Las revisiones Cochrane se actualizan regularmente a medida que aparece nueva evidencia y en respuesta a solicitudes, por lo que Cochrane Database of Systematic Reviews debe consultarse para obtener la versión más reciente de la revisión.

Editor responsable: Oscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/055.2024

muy baja certeza) y en el tiempo hasta el alta (1 estudio; evidencia de muy baja certeza).

No hubo una heterogeneidad sustancial entre los ensayos en ningún análisis.

Conclusión de los autores

Existe evidencia de moderada certeza de que el tratamiento con IBP iniciado antes de la endoscopia para la HDA probablemente reduce la necesidad de tratamiento hemostático endoscópico en la endoscopia inicial. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para concluir si el tratamiento con IBP preendoscópico au-

menta, reduce o no tiene efecto sobre otros resultados clínicos, incluyendo la mortalidad, el sangrado repetido y la necesidad de cirugía. Se necesitan más ECA bien diseñados que se ajusten a los estándares actuales para el tratamiento hemostático endoscópico y coinervenciones apropiadas, que aseguren que los IBP de alta dosis solo se administran a personas que recibieron tratamiento hemostático endoscópico, independientemente de la randomización inicial. Sin embargo, dado que puede ser poco realista alcanzar el tamaño óptimo de información, los ensayos pragmáticos multicéntricos pueden proporcionar evidencia valiosa sobre este tema.

Resumen simplificado

Título: Tratamiento con inhibidor de la bomba de protones iniciado antes de la endoscopia en la hemorragia gastrointestinal superior (HDA)

Fundamento. La hemorragia en el esófago (el conducto que conecta la garganta con el estómago), en el estómago o en el duodeno (la primera parte del intestino delgado) son una urgencia médica frecuente. Las investigaciones sugieren que reducir la cantidad de ácido en el estómago puede ayudar a controlar la hemorragia, pero se desconoce si es beneficioso iniciar el tratamiento pronto, es decir, antes de la endoscopia (el examen del esófago, el estómago y el duodeno con una cámara de fibra óptica).

Pregunta de revisión. Se revisaron las pruebas sobre el efecto de un tipo de fármaco antiácido (inhibidores de la bomba de protones) en comparación con ningún tratamiento (placebo) o con otro tipo de fármaco antiácido (antagonistas de los receptores de histamina-2) iniciado antes de la endoscopia en personas con HDA.

Características del estudio. Las pruebas están actualizadas hasta junio de 2021. Incluimos 6 estudios que involucraron a 2.223 participantes. Todos los estudios se llevaron a cabo en un entorno hospitalario e incluyeron participantes con signos clínicos de HDA. Estos estudios informaron sobre los siguientes resultados: muerte (5 estudios, 2.143 participantes); recurrencia de HDA (5 estudios, 2.121 participantes); cirugía (6 estudios, 2.223 participantes); la proporción de participantes con sangrado activo o reciente grave en la primera endoscopia (4 estudios, 1.332 participantes); y la necesidad de terapia endoscópica (como la inyección de medicamentos o la cauterización de vasos sanguíneos) para el sangrado (3 estudios, 1.983 participantes). Un estudio informó sobre el tiempo de alta, y dos estudios informaron sobre la necesidad de una transfusión de sangre.

Resultados clave. Permanece incierto si el tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones antes de la endoscopia afectó al riesgo de muerte, al sangrado recurrente, a la necesidad de cirugía, a la proporción de participantes con sangrado grave activo o reciente en la primera endoscopia, al tiempo de alta o a los requisitos para la transfusión de sangre. Sin embargo, es probable que el tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones antes de la endoscopia redujera la necesidad de tratamiento endoscópico del sangrado.

Certeza de la evidencia. La certeza (calidad) de la evidencia fue de baja a moderada, principalmente debido a las limitaciones en el diseño y la ejecución de algunos estudios, así como a la incapacidad para obtener una estimación precisa del efecto (debido al número de participantes y eventos inadecuados en los estudios incluidos).