

Bibliografía

- Ardelean DS, Gonska T, Wires S, Cutz E, Griffiths A, Harvey E, et al. Severe ulcerative colitis after rituximab therapy. *Pediatrics*. 2010;126:e243–6.
- Bhalme M, Hayes S, Norton A, Lal S, Chinoy H, Paine P. Rituximab-associated colitis. *Inflammatory Bowel Dis*. 2013;19:E41–3.
- El Fassi D, Nielsen CH, Kjeldsen J, Clemmensen O, Hegedüs L. Ulcerative colitis following B lymphocyte depletion with rituximab in a patient with Graves' disease. *Gut*. 2008;57:714–5.
- Leiper K, Martin K, Ellis A, Subramanian S, Watson AJ, Christmas SE, et al. Randomised placebo-controlled trial of rituximab (anti-CD20) in active ulcerative colitis. *Gut*. 2011;60:1520–6.
- Shahmohammadi S, Sahraian MA, Shahmohammadi A, Doosti R, Zare-Mirzaie A, Naser Moghadasi A. A presentation of ulcerative colitis after rituximab therapy in a patient with multiple sclerosis and literature review. *Mult Scler Relat Disord*. 2018;22:22–6.
- Geukes Foppen MH, Rozeman EA, van Wilpe S, Postma C, Snaebjornsson P, van Thienen JV, et al. Immune checkpoint inhibition-related colitis: Symptoms, endoscopic features, histology and response to management. *ESMO Open*. 2018;3, e000278.

Eva Barreiro Alonso*, Aranzazu Álvarez Álvarez, Rafael Tojo González y Cristóbal de la Coba Ortiz

Sección de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evabarreiroalonso@yahoo.es (E. Barreiro Alonso).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.003>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Utilización no apropiada del término de insuficiencia hepática aguda en un hospital de tercer nivel



Inappropriate use of the term of acute liver failure in a tertiary hospital

La insuficiencia hepática aguda es una entidad caracterizada por la pérdida aguda de la función del hígado en una persona sin antecedentes de enfermedad hepática previa¹⁻³. De forma específica, se ha hecho referencia a determinadas situaciones en las que este término no debería emplearse, tales como la presencia de hepatopatía previa, la cirugía de resección hepática, la lesión hepática secundaria a un traumatismo y aquellas situaciones en las que el daño hepático es consecuencia de un proceso sistémico como la situación de shock o el fallo multiorgánico de etiología diferente al fallo hepático primario². Realizamos un estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital de tercer nivel para conocer la situación sobre el empleo de este término como diagnóstico en el informe de alta de los pacientes, tanto en los casos que se adaptan a la definición del mismo, como en aquellas situaciones en las que específicamente no se recomienda su uso.

Se incluyeron pacientes con edad ≥ 18 años diagnosticados de insuficiencia hepática o daño hepático agudo, con independencia del resto de diagnósticos, ingresados entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de septiembre de 2017. Se identificó a los pacientes mediante una búsqueda de diagnósticos en todos los informes de alta del hospital. El estudio cuenta con la aprobación del Comité ético de investigación clínica correspondiente. El diagnóstico se consideró apropiado si cumplía con los criterios empleados por la Asociación Europea para el Estudio del Hígado en las Guías de Práctica Clínica para el Manejo del Fallo Hepático Agudo². Se consideró el daño hepático agudo ante la presencia de elevación de transaminasas asociada a coagulopatía, el daño hepático agudo grave en los casos de $\text{INR} \geq 1,5$ y la insuficiencia hepática aguda en los casos de desarrollo de encefalopa-

tía hepática (alteración neurológica con hiperamoniemia). En los casos con diagnósticos no adecuados, se consideró el diagnóstico principal que originó el daño hepático en aquellos casos que se tratase de un daño secundario, la presencia de hepatopatía previa o la ausencia de criterios de daño hepático. Durante el periodo de estudio se diagnosticó de insuficiencia hepática aguda o daño hepático agudo a 444 pacientes. Los resultados del análisis descriptivo se muestran en la [tabla 1](#).

De forma previa se ha señalado que el empleo de este término se utiliza en múltiples situaciones en las que no se aconseja², aunque no existen estudios que hayan cuantificado la magnitud de esta condición en la actualidad. Los datos aportados en el presente trabajo ponen de manifiesto que no se trata de un problema marginal. La causa fundamental del empleo de estos términos de forma no adecuada en nuestro hospital corresponde al desarrollo de un verdadero daño hepático secundario a otra causa primaria que origina una situación de shock o fracaso multiorgánico. Consideramos que existen 2 razones fundamentales relacionadas con esta observación; la ausencia de una terminología específica en estas situaciones y la consideración de estos diagnósticos como etiologías posibles del fallo hepático agudo de forma previa, especialmente en el paciente crítico^{1,4}. La patología relacionada con el trasplante hepático aparece en un número reducido de casos, en probable relación con la presencia de una terminología más específica. Un porcentaje importante de diagnósticos se establecieron en pacientes con hepatopatía previa (12,8%), a pesar de que la presencia de esta comorbilidad se refleja como excluyente en la definición propia de insuficiencia hepática aguda¹⁻³, incluso desde su descripción original⁵. Finalmente, la presencia de hepatitis aguda sin signos de daño hepático agudo también aparece en los diagnósticos considerados como no apropiados. La ausencia de un punto de corte claro para definir la presencia de coagulopatía puede influir en este hecho.

Las principales limitaciones de nuestro trabajo radican en su carácter retrospectivo en un único centro. Los diagnósticos se establecieron por los médicos responsables

Tabla 1 Análisis descriptivo de la muestra

	Media ± DE
Edad (años)	53,8 ± 17,25
Sexo (varón)	209 (47,1)
Fallecidos	190 (42,8)
Diagnósticos considerados adecuados	55 (12,4)
<i>Daño hepático agudo</i>	14 (3,2)
<i>Daño hepático agudo grave</i>	22 (5,0)
<i>Fallo hepático agudo</i>	19 (4,3)
Diagnósticos considerados no adecuados	389 (87,6)
<i>Daño hepático secundario a otro proceso</i>	
Sepsis/Shock séptico	122 (27,5)
Shock cardiogénico	66 (14,9)
Parada cardiorrespiratoria	12 (2,7)
Patología postrasplante hepático	10 (2,3)
Pancreatitis	9 (2)
Postoperatorio de resección hepática	8 (1,8)
Shock hemorrágico	4 (0,9)
Traumatismo hepático	4 (0,9)
Síndrome de HELLP	4 (0,9)
Hipertensión intraabdominal	3 (0,7)
Casi-ahogamiento	3 (0,7)
Diseción aórtica	3 (0,7)
Shock neurogénico	3 (0,7)
Politraumatismo	2 (0,5)
Gran quemado	2 (0,5)
Insuficiencia suprarrenal aguda	2 (0,5)
Endocarditis con embolismo séptico	2 (0,5)
Electrocución	2 (0,5)
Shock anafiláctico	2 (0,5)
Otras causas	36 (8,1)
<i>Diagnóstico de hepatopatía previa</i>	57 (12,8)
<i>Hepatitis aguda sin criterios de daño hepático agudo (ausencia de coagulopatía)</i>	33 (7,4)

DE: desviación estándar.

de cada paciente, lo que implica una variabilidad entre los profesionales implicados y los términos recomendados se han tomado de una guía cuya publicación es posterior al periodo de estudio. Por otra parte, la baja incidencia de esta entidad podría guardar relación con una posible

sobreestimación de los diagnósticos no apropiados, debido a la mayor incidencia del resto de situaciones. Finalmente, debido a que el objetivo del estudio fue determinar aquellas situaciones en las que el empleo no se considera apropiado debido a otros procesos, no se analizó la concordancia de diagnósticos entre los procesos de daño hepático agudo con diagnósticos adecuados.

En conclusión, existe un sobreuso del término de daño e insuficiencia hepática aguda y se utiliza de forma no adecuada en múltiples situaciones. Es preciso conocer el estado actual al respecto para evitar esta situación en el futuro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

- Bernal W, Wendon J. Acute liver failure. *New Engl J Med.* 2013;369:2525–34.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. *J Hepatology.* 2017;66:1047–81.
- Campillo Arregui A, Bernal Monderde V, Serrano Aulló MT. Fallo hepático fulminante: indicaciones de trasplante y resultados. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31 Suppl 1:46–50.
- Lescot T, Karvellas C, Beaussier M, Magder S. Acquired liver injury in the intensive care unit. *Anesthesiology.* 2012;117:898–904.
- Tray C, Davidson CS. The management of fulminant hepatic failure. *Prog Liver Dis.* 1970;3:382–98.

Yhivian Peñasco*, María del Juncal Sánchez-Arguiano, Andrés Fernando Jiménez-Alfonso, Sandra Campos-Fernández, Alejandro González-Castro y Juan Carlos Rodríguez-Borregán

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: metalkender@yahoo.es (Y. Peñasco).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.004>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tasa de detección de adenomas e intubación cecal: indicadores de calidad de la colonoscopia



Adenoma detection rate and cecal intubation rate: Quality indicators for colonoscopy

La colonoscopia es la herramienta utilizada para el diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal (CCR) que

constituye una de las causas más importantes de fallecimiento por cáncer en nuestro país¹. Las diversas sociedades de endoscopia han elaborado recomendaciones y guías clínicas para que estas exploraciones sean consideradas de calidad^{2,3}. Así, se describen 2 indicadores de calidad prioritarios en las colonoscopias: la tasa de detección de adenomas (TDA) y la tasa de intubación cecal (TIC). Se considera aceptable una tasa global de detección de adenomas ≥ 25% (≥ 30% en varones y ≥ 20% en mujeres) en colonoscopias de cribado de CCR³; no obstante, en las exploraciones