

PREGUNTAS Y EVIDENCIAS EN EL ABORDAJE DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

- La hemorragia digestiva alta es aquella cuyo origen se sitúa por encima del Ángulo de Treitz. Es una emergencia médica a la que frecuentemente se enfrentan tanto médicos de urgencias como internistas. Desde el punto de vista de la etiología distinguimos dos grupos: las originadas por varices gastroesofágicas y las “no varicosas”. Dentro del grupo de las “no varicosas” la causa más frecuente es la úlcera péptica, que supone hasta un 70% del total. La mortalidad del cuadro sigue hoy en día siendo importante, a pesar de los avances en manejo e identificación de los factores de riesgo; además son múltiples las controversias que rodean a determinados temas en torno a la hemorragia digestiva alta.
- Todo ello es la motivación de este trabajo, con el que intentaremos responder a ciertas cuestiones acerca del manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa, en especial algunas sobre el manejo farmacológico con inhibidores de la bomba de protones, para lo cual hemos revisado la evidencia disponible en las bases de datos Uptodate, Pubmed, Cochrane lybrary plus, E-medicine, Trypdatabase plus y Bandolier.

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO EL SOPORTE HEMOTERÁPICO?

- Shock: definido como descenso de TAS de al menos 40 mmHg por debajo de la basal, FC > 100 mmHg, diuresis <30 ml/h; en esa situación está indicada la transfusión. Según el estado clínico se puede esperar a cruzar la sangre o se debe transfundir 0 negativo.
- Por debajo de 7 mg/dL de hemoglobina el pronóstico es peor y está indicada la transfusión, teniendo en cuenta que además estamos hablando de pérdidas rápidas. Entre 7 y 9 mg/dL la oxigenación de los tejidos es suficiente, sóloamente se transfundirá si hay riesgo de isquemia cerebral o miocárdica, o bien insuficiencia cardiaca o respiratoria. La decisión debe ser siempre individualizada en base a las condiciones del paciente.
- Sangrado activo en endoscopia.

¿ESTÁ INDICADO EL SONDAJE NASOGÁSTRICO?

- Se ha comprobado que la implantación, sólo en el momento inicial, de una sonda nasogástrica, tiene dos ventajas fundamentales: una en cuanto al pronóstico, ya que la presencia de sangre en el aspirado es un factor de mal pronóstico clínico; y la otra es técnica, ya que permite que el campo esté más limpio para la endoscopia (Evidencia II-3).

¿CUÁL ES EL MEJOR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ?

- Todos los metaanálisis publicados al respecto hasta la fecha coinciden en que el mejor tratamiento son los inhibidores de la bomba de protones (IBP), por encima de otros tratamientos disponibles como son los anti-H₂, o la Somatostatina . No se ha podido demostrar de momento la superioridad de ningún IBP sobre los demás, entendiéndose por lo tanto que el beneficio de estos es un efecto de clase.

¿EXISTE UNA DOSIS O VÍA DE ADMINISTRACIÓN QUE HAYA DEMOSTRADO ALGÚN BENEFICIO SOBRE LAS DEMÁS?

- Los diferentes ensayos de tratamiento con IBP emplearon diversos regímenes, entre ellos dosis altas por vía oral, dosis altas por vía intravenosa y dosis menores o en bolos cada 8 horas.
- Los estudios no han conseguido encontrar diferencias estadísticamente significativas entre diferentes dosis ni vías de administración. No obstante se le ponen dos objeciones a esta afirmación: la primera es que se ha visto que ninguno de esos estudios tenía suficiente potencia estadística para detectar dichas diferencias; la segunda se basa en la plausibilidad biológica, ya que se sabe que el mejor control de la hemorragia se da cuando durante más horas del día conseguimos mantener el pH intragástrico por encima de 6, y como mejor se consigue ese objetivo es con Omeprazol en forma de bolo inicial de 80 mg i.v. seguido de perfusión continua a 8 mg/h (Evidencia I). Es aceptado por lo tanto que esta es la mejor forma de administración. Se sabe asimismo que esa pauta de perfusión continua, al contrario que en el caso de los anti-H₂, no induce tolerancia.

¿EL TRATAMIENTO CON IBP DISMINUYE EL RESANGRADO?

- El metaanálisis de Bardou y colaboradores (2003) puso de manifiesto que el tratamiento con altas dosis de IBP, tras la terapia endoscópica, llevaba a una reducción significativa en la tasa de resangrado comparado con placebo, anti-H₂ solos, o en combinación con somatostatina.
- Está demostrado que los IBP mejoran el pronóstico de la hemorragia digestiva alta no varicosa a través de una reducción en los episodios de resangrado.

¿DISMINUYEN LOS IBP LA NECESIDAD DE CIRUGÍA?

- Desde los primeros trabajos de Barkun y sus colaboradores en 2001, quedó prácticamente confirmado que la terapia con IBP reducía las tasas de resangrado y la necesidad de cirugía, sobre todo cuando se trataba de pacientes clasificados clínica o endoscópicamente como de alto riesgo.

¿DISMINUYEN LOS IBP MORTALIDAD RELACIONADA?

- No se han evidenciado en general diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad global frente a placebo, anti-H₂ u otros regímenes. Se cree que en esto podría influir la inclusión casi sistemática en todos los estudios de pacientes con elevada comorbilidad, lo cual empeora mucho el pronóstico. Sólo se ha visto diferencia significativa en cuanto a menor mortalidad, en el caso de estudios que incluyen a pacientes con alto riesgo endoscópico (esto es, sangrado activo o vaso visible no sangrante). El metaanálisis de Khuroo en 2005 analizaba mortalidad global, mortalidad no relacionada con úlcera, y mortalidad por complicaciones en relación con la úlcera; sólo halló reducción significativa de la mortalidad directamente relacionada con la úlcera.

¿ESTÁ INDICADO INICIAR TRATAMIENTO MÉDICO EMPÍRICO PREVIO A LA ENDOSCOPIA?

- El metaanálisis de Dorward de 2006 no encontró diferencias significativas en cuanto a resangrado, necesidad de cirugía o mortalidad, entre el inicio de IBP antes o después de la endoscopia. No obstante demostró reducción muy significativa de la tasa de pacientes con signos de hemorragia en la endoscopia inicial, lo cual, una vez más apelando a la plausibilidad biológica, nos parece decisivo de cara al pronóstico.
- Un estudio de Lau en 2005, consiguió también demostrar que el uso de IBP antes de la endoscopia reducía los signos de hemorragia en la endoscopia y con ello la necesidad de un ulterior tratamiento endoscópico.
- Se ha demostrado asimismo, con diferentes estudios, que la asociación de ambos tratamientos mejora la supervivencia.

¿EN QUÉ MOMENTO SE DEBE PRACTICAR LA ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA?

- La endoscopia dentro de las primeras 24 horas permite clasificar a los pacientes como de alto o bajo riesgo, y eso a su vez permite el alta precoz y segura de los pacientes clasificados como de bajo riesgo (Evidencia I). Mejora el pronóstico de pacientes clasificados como de alto riesgo (Evidencia II-2). Y reduce la utilización de recursos (Evidencia I).

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADA LA ENDOSCOPIA DE CONTROL?

- En general no está justificado realizar endoscopia de control, salvo en el caso de que en la endoscopia inicial se hayan dado dificultades técnicas (Evidencia I).
- Un metaanálisis de Marmo en 2003 observó que la endoscopia de control con retratamiento reducía el riesgo de recurrencia del sangrado pero no reducía significativamente la necesidad de cirugía ni la mortalidad.
- Se ha visto también que la endoscopia de control se asocia a mayor gasto y complicaciones relacionadas con el retratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Barkun et al. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139:843-857
- Bardou et al. High dose proton pump inhibition decrease both re-bleeding and mortality in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding. A series of meta-analyses. *Gastroenterology* 2003;123:A625
- Leontiadis et al. Systematic review and meta-analysis of proton pump inhibitor therapy in peptic ulcer bleeding. *BMJ* 31 January 2005
- Dorward et al. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones antes del diagnóstico endoscópico en la hemorragia gastrointestinal alta. *The Cochrane library* 2007
- Hwai-Jeng Lin. Role of intravenous omeprazole in patients with high-risk peptic ulcer bleeding alter successful endoscopic epinephrine injection: a prospective randomized comparative trial. *Am J Gastroenterol* 2006;101:500-505
- Khuroo et al. Treatment with proton pump inhibitors in acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2005 Jan; 20(1): 1763-5.
- Spiegel et al. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 1393-404
- Marmo et al. Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: is a second look necessary? A meta-analysis. *Gastrointest endosc.* 2003 Jan; 57(1): 62-7
- Romagnuolo J. Routine second look endoscopy: ineffective, costly and potentially misleading. *Can J Gastroenterol* 2004 Jun ;18 (6): 401-4

<p>Santiago Pintos Martínez MIR 4 de Medicina Interna. CH.Arquitecto Marcide. El ferrol</p>
--