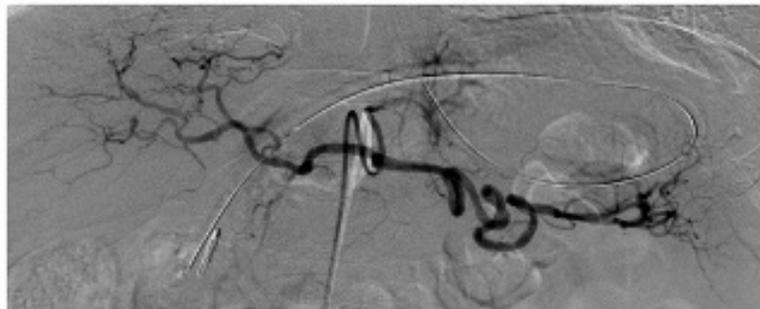


06/2014

Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa



En los últimos años se han producido avances en el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa, originada en estómago y duodeno y no provocada por varices esofágicas. Estos avances, recogidos en nuevas guías de práctica clínica, hacen énfasis en la prevención de las complicaciones cardiovasculares durante la hemorragia, el uso de adecuados medicamentos para reducir la secreción de ácido gástrico, antiinflamatorios menos lesivos y protectores gástricos, el uso de tratamientos menos invasivos que la cirugía y la curación de infecciones.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la que se origina en estómago y duodeno. La hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV) es una de las causas más frecuentes de hospitalización en los servicios de Digestivo. Se denomina de este modo -no varicosa- para diferenciarla de la hemorragia por varices esofágicas, que es menos frecuente, aparece en pacientes con cirrosis hepática y tiene un manejo completamente distinto.

La mayoría de las HDANV son causadas por úlceras duodenales o gástricas. En España en el año 2000 la incidencia de hemorragia digestiva por úlcera fue de 80 episodios por 100.000 habitantes y año, con una mortalidad de alrededor del 5,5 % de los casos.



En los últimos años se han producido importantes avances en el manejo de la HDANV, que han permitido disminuir la recidiva de la hemorragia y la mortalidad. Estos nuevos avances justificaron la realización de un consenso y de nuevas guías de práctica clínica nacionales e internacionales para recoger dichos avances. Las guías a nivel español fueron coordinadas conjuntamente por el Prof. Xavier Calvet, del grupo de trabajo sobre patología gastroduodenal del Hospital de Sabadell conjuntamente con el Prof. Ángel Lanás, de la universidad de Zaragoza. Las labores del consenso y del grupo de trabajo se han reflejado en varias publicaciones.

Las principales novedades en el manejo de la HDANV hacen énfasis en la prevención de las complicaciones cardiovasculares durante el episodio de hemorragia, el manejo médico con altas dosis de fármacos que disminuyen la secreción de ácido gástrico, el uso de tratamientos mínimamente invasivos a través de la endoscopia digestiva o la angiografía para reducir la necesidad de cirugía y la prevención de la recidiva mediante la curación de la infección por *Helicobacter pylori*, junto al uso adecuado de antiinflamatorios menos lesivos para el intestino (los denominados coxibs) y de protectores gástricos.

Respecto de las complicaciones cardiovasculares, son la primera causa de mortalidad de la HDA. La corrección precoz de la hipotensión es la medida inicial más eficaz para reducir la mortalidad de la HDA. Por el contrario, la transfusión de sangre debe utilizarse de manera restrictiva. Un aspecto muy importante es evitar en lo posible retirar los fármacos anticoagulantes o antiagregantes en pacientes con enfermedades cardiovasculares graves de base y hemorragia digestiva. Recientemente se ha demostrado que cuando se suspenden estos fármacos, si bien disminuye el riesgo de una nueva hemorragia, aumenta de manera muy significativa la mortalidad debida a enfermedad coronaria o ictus.

El tratamiento médico de elección para la HDANV son los inhibidores de la bomba de protones (IBP). El tratamiento se debe completar mediante una gastroscopia que permite por una parte establecer el riesgo de una nueva hemorragia y por otra el tratamiento de la lesión sangrante. El tratamiento endoscópico de las lesiones sangrantes reduce el riesgo de recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad. En los casos en que la hemorragia recidiva a pesar del tratamiento está indicado realizar una segunda gastroscopia y si no es posible, un segundo tratamiento endoscópico. Cuando éste fracasa, se recomienda la angiografía con embolización selectiva de la arteria a partir de la que se origina el sangrado. Si no es posible o tampoco se controla la hemorragia la alternativa final es la cirugía.

Tras controlar la HDANV con los tratamientos y técnicas previamente descritas, se inicia un manejo dirigido a optimizar y reiniciar tratamientos para evitar que se repita la hemorragia. Estos incluyen investigar y tratar la infección gástrica por *Helicobacter pylori*, evitar fármacos que aumenten el riesgo de hemorragia y administrar fármacos protectores gástricos. A menudo es necesario buscar el equilibrio con otras medicaciones indispensables para el paciente -como por ejemplo, los anticoagulantes en pacientes con arritmia-, pero que pueden favorecer la aparición de la hemorragia. Esto implica la necesidad de equipos multidisciplinares, con distintos expertos (digestólogos, hematólogos, cardiólogos...) para encontrar la mejor opción terapéutica para el paciente.

Marta Gallach Montero

Servei d'Urgències, Hospital de Sabadell

Xavier Calvet Calvo

Servei d'Aparell Digestiu, Hospital de Sabadell

mgallachm@tauli.cat, Javier.Calvet@uab.cat

Referencias

Gallach, M.; Calvet, X.; Lanas, A.; Feu, F.; Ponce, J.; Gisbert, J.P.; Brullet, E.; Piñera, P.; Castro, M.; Martín de Argila, C.; Domínguez Muñoz, E.; Almela, P.; Villanueva, C.; González Galilea, A.; Pérez Aisa, A.; García-Iglesias, P.; Gené, E.; Villoria, A.; Barkun, A. [Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa](#). Emergencias 25: 472-481. 2013.

[View low-bandwidth version](#)