

Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia no variceal del tubo digestivo proximal

Definición, epidemiología, etiología, fisiopatología

Coordinador: Dr. José Guillermo de la Mora-Levy

Participantes: Dra. Dr. José Luis Tamayo-de la Cuesta, Dra. Alma Georgina Castañeda-del Río, Dr. Roger García-Mendoza, Dr. Raúl Olaeta-Elizalde, Dr. Luis Fernando Peniche-Gallareta, Dr. Francisco Antonio Ramos-Narváez, Dr. Guillermo Rueda-Torre, Dr. Felipe Zamarripa-Dorsey

¿A qué se le llama hemorragia de tubo digestivo proximal de origen no varicoso?

Es la hemorragia que se origina dentro del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz, cuyo origen no es por várices. Puede manifestarse como hematemesis, melena o ambas y ocasionalmente hematoquezia.

¿Cuál es la frecuencia en diversas poblaciones y en México?

La frecuencia anual reportada en la literatura de estudios realizados en países desarrollados varía de 36 a 170 casos por 100,000 habitantes.¹⁻⁵ En nuestro país no existe suficiente información en población general. Por ejemplo, en el HGZ No.1 del IMSS en la ciudad de Durango, la tasa anual de prevalencia reportada⁶ es de 46.6 casos por 1,000 egresos hospitalarios.

¿Cuáles son las causas más frecuentes en México?

En una revisión retrospectiva de todos los trabajos presentados en congresos nacionales de gastroenterología en México, entre 1995 y 2002, en los que se reportan las causas de hemorragia del tubo digestivo proximal diagnosticadas por endoscopia y que incluyeron 3,437 pacientes,⁷ se muestran en el *cuadro 1* las diversas causas.

¿Cuál es la mortalidad?

De acuerdo con la literatura internacional, en promedio es de 10% (rango de 3.7 a 33%), sin embargo,

Cuadro 1

Causas más frecuentes en México

Causas	Porcentaje
Gastropatía erosiva	34.68
Úlcera gástrica	24.06
Úlcera duodenal	18.09
Esofagitis péptica	5.46
Neoplasias	3.17
Mallory-Weiss	2.60
Duodenitis	2.44
No determinado	4.80

ésta puede incrementarse o disminuir dependiendo de la población estudiada y de los recursos disponibles en la unidad de atención al paciente. Estudios realizados en México reportan tasas variables de mortalidad: 3% en el Hospital Español, 3.7% en Médica Sur, 9% en el Hospital General de México y 14% en el Hospital Universitario de la UANL en Monterrey.⁸

¿Qué factores predisponen a la hemorragia de tubo digestivo proximal?

Es importante diferenciar aquellos factores que predisponen a desarrollar hemorragia de aquellos que aumentan la morbimortalidad o la posibilidad de recurrencia (como serían las alteraciones en la coagulación) o necesidad de cirugía una vez que ésta se ha presentado.

Entre los factores que predisponen al desarrollo de hemorragia debida a lesiones pépticas se encuentran: uso de antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo ácido acetilsalicílico a dosis bajas),^{9,10} estrés fisiológico incluyendo intubación por más de 48 horas, falla orgánica múltiple y quemaduras de más de 25-30% de la superficie corporal.¹¹ En pacientes que ingieren corticosteroides existe un riesgo ligeramente aumentado

de desarrollar hemorragia del tubo digestivo proximal, más notorio cuando se utilizan AINEs o ASA concomitantemente.¹² La presencia de *Helicobacter pylori* cagA positivo puede aumentar ligeramente el riesgo, también en especial cuando se usan AINEs o ASA en forma concomitante.¹³ Los anticoagulantes por vía bucal y la coagulopatía exacerbaban la magnitud de la hemorragia, pero no predisponen necesariamente a la hemorragia en ausencia de una lesión ocasionada por alguno de los otros factores mencionados anteriormente.¹⁴

Nivel de evidencia II.

¿Qué factores aumentan la morbimortalidad?

Los factores identificados¹⁵ pueden dividirse en:

Factores clínicos:

- Edad > de 60 años.
- Enfermedades asociadas graves.
- Hipotensión o choque al ingreso.
- Transfusión de más de 5 U de paquete globular en 24 horas.
- Coagulopatía importante.
- Hospitalizado al momento de la hemorragia.
- Reparación de la hemorragia.

Factores endoscópicos:

- Hemorragia activa.
- Forrest (Ia, Ib, IIa y IIb).

Nivel de evidencia II.

¿Cuál es el promedio de días de manejo hospitalario?

De acuerdo con lo informado en México, éste varía en los distintos centros hospitalarios, desde 4.2 días en el HGZ No. 1 del IMSS en Durango, 4.3 días en Médica Sur, 5.3 días en C.M. La Raza, seis días en el Hospital Universitario de la UANL en Monterrey y 7.8 días en el Hospital General de México. En la revisión de Cochrane Library publicada en 2006 existen siete estudios de Europa y Asia en donde el rango de días de hospitalización va de 2.6 a 14.^{16,17}

¿Cuáles son las complicaciones?

Las principales son cardiovasculares (choque hipovolémico, angina hemodinámica, insuficiencia

cardíaca congestiva, bloqueo A-V completo), pulmonares (neumonía, derrame pleural, neumotórax y embolia pulmonar), infecciosas (sepsis y flebitis) y metabólicas (en diabéticos).¹⁸

¿Cuáles son los requerimientos de transfusiones?

La cifra internacional reportada es desde 1.3 hasta 4.1 unidades de paquete globular con promedio de 2 unidades. En México el promedio reportado es de 2.8 unidades.^{19,20}

Referencias

1. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, et al. Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 568-73.
2. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(Suppl.): S8-S13.
3. Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB, et al. Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal hemorrhage in four French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 175-81.
4. Vreeburg EM, Snel P, De Bruijne JW, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 236-43.
5. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage in the United Kingdom. *BMJ* 1995(6999); 311: 222-6.
6. Rodríguez H, Loera E, Almaráz C, Jiménez N, Solano A y Jacobo J. Peptic Ulcer with hemorrhage. An Analysis of hospital discharges. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64(1): 6-11.
7. Solís-Galindo FA, Téllez-Hernández A, Salas Pérez S.M. Etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto en México: análisis de más de 4000 casos. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2003; Edición especial 2.
8. Cárdenas-Rincón SA, Salinas D, Garza-Galindo A, Maldonado-Garza HJ, González-González JA. Sangrado de tubo digestivo alto no variceal intra y extra hospitalario en el adulto mayor. *Rev Gastroenterol Mex* 2006; 71(4): 110.
9. Helin-Salmivaara A, Saarelainen S, Grönroos JM, Vesalainen R, et al. Risk of Upper gastrointestinal events with the use of various NSAID: a case-control study in a general population. *Scand J Gastroenterol* 2007; 42: 923-32.
10. Laine L. Review article: gastrointestinal bleeding with low-dose aspirin what's the risk?. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 897-908.
11. Klebl FH, Schölmerich J. Therapy insight: Prophylaxis of stress-induced gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2007; 4: 562-70.
12. Zullo A, Hassan C, Campo SM & Morini S. Bleeding peptic ulcer in the elderly: risk factors and prevention strategies. *Drugs Aging* 2007; 24: 815-28.
13. Papatheodoridis GV, Sougioultzis S & Archimandritis AJ. Effects of *Helicobacter pylori* and nonsteroidal anti-inflammatory drugs on peptic ulcer disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4: 130-42.
14. Lanás A, García-Rodríguez LA, Arroyo MT, Bujanda L, et al. Effect of anti-secretory drugs on the risk of ulcer bleeding associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, and anticoagulants. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 507-15.
15. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB & Northfield TC. Risk Assessment after acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 1996; 38: 316-21.
16. Kaviani MJ, Hashemi MR, Kazemifar AR, Roozitalab S, Mostaghni AA, Merat S, et al. Effect of oral omeprazol in reducing re-bleeding in bleeding peptic ulcers: a prospective double-blind, randomized, clinical trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 211-6.
17. Villanueva C, Balanzo J, Torras X, Sainz S, Soriano G, González D, et al. Omeprazole versus ranitidine as adjunct therapy to endoscopic injection in actively bleeding ulcers: a prospective randomized trial. *Endoscopy* 1995; 27: 308-12.
18. Pardo A, Durandez R, Hernández M, Pizarro A, Hombrados M, et al. Impact of Physician specialty on the cost of nonvariceal upper GI bleeding care. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1535-42.
19. Espino-Urbina LA, Jiménez-Saucedo OY, Cutiérrez-Lara LM, Jacobo-Karam JS. Eficacia del pantoprazol para prevenir el resangrado en úlcera péptica Forrest I y II. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70: 282 A148.
20. Marín-Chavez L, Vinageras-Barroso J, García-Menéndez A, Suárez-Morán E, Pérez-Manauta J, et al. Etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto no varicosa en 133 pacientes (un año) en el Hospital Español de México. *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70:283A150