

# Hemorragia no variceal del tubo digestivo proximal

## Tratamiento

**Coordinador general:** Dr. José Ramón Nogueira de Rojas.

**Coordinadora:** Dra. Ligia Grau-Cobos.

**Participantes:** Dr. Guillermo Arceo-Pérez, Dr. Reyes Betancourt-Linares, Dr. Fernando Compañ-González, Dra. Angélica Hernández-Guerrero, Dr. Santiago Gallo-Reynoso, Dr. Ricardo de Jesús Segovia-Gasque, Dr. Aurelio López-Colombo

### ¿Cuáles son las medidas terapéuticas iniciales?

Las medidas terapéuticas iniciales son aquellas necesarias para lograr la estabilización hemodinámica, respiratoria y neurológica del paciente con hemorragia de tubo digestivo proximal (HTDP). Los pacientes que son sometidos a una reanimación intensiva oportuna tienen menor riesgo de morir o de presentar complicaciones cardiovasculares graves.<sup>1</sup>

#### **Nivel de evidencia I. Recomendación A.**

La evaluación inmediata del grado de hemorragia utilizando el manual de la ATLS es recomendable para definir qué pacientes requerirán de manejo intensivo. Con el objeto de mantener el control de la vía aérea se sugiere intubar a los pacientes con hemorragia grave (grados III o IV de ATLS) o aquellos que presenten deterioro progresivo independientemente de su clasificación inicial.

En todos los casos es útil suplementar oxígeno. Se deben instalar accesos vasculares y reponer volumen con cristaloides en caso de hemorragia grado I o II y con coloides y cristaloides en los grados III y IV. Los casos graves se benefician de la administración precoz de paquetes globulares.<sup>2</sup>

#### **Nivel de evidencia V. Recomendación D.**

Se sugiere que en los servicios de urgencias exista un protocolo de manejo, equipo adecuado y personal capacitado para que la atención del paciente sea eficiente.

### ¿Cuáles son las indicaciones, utilidad, medicamentos, dosis, tiempo de administración de los inhibidores de la secreción ácida?

Existe evidencia de que los inhibidores de bomba a dosis altas (por ejemplo, esomeprazol, 80 mg en 30 min, seguido de infusión de 8 mg/h por 72 horas) disminuyen la recurrencia de hemorragia temprana (<3 días) y tardía (de 4 a 30 días), también reducen la necesidad de reintervención endoscópica, cirugía, tiempo de hospitalización, requerimientos transfusionales y morbimortalidad; su seguridad y tolerancia son similares al placebo.<sup>3,4</sup> Un estudio sugiere que la administración de inhibidores de bomba previa a la endoscopia disminuye la necesidad de tratamiento endoscópico.<sup>5</sup>

#### **Nivel de evidencia I. Recomendación A.**

### ¿En qué enfermos se debe aplicar hemostasia endoscópica?

La evidencia existente y guías previas sugieren realizar tratamiento endoscópico cuando se encuentren estigmas mayores de hemorragia, ya que el índice de recurrencia es alto.<sup>2,6</sup> En los casos en los que se encuentra un coágulo adherido (Forrest IIb) ha sido motivo de controversia; sin embargo, existen ya algunos estudios que muestran beneficio al extirpar el coágulo para tratar la lesión subyacente.<sup>7</sup>

Deben recibir tratamiento endoscópico los pacientes con úlcera péptica gastroduodenal Forrest I, Forrest IIa y lesión de Dieulafoy y pacientes con Mallory Weiss con hemorragia.

**Nivel de evidencia II. Recomendación B.**

### ¿Cuáles son los métodos hemostáticos que debe usar el endoscopista en México?

Actualmente existen en nuestro país diferentes métodos de manejo endoscópico:

- = Los métodos de inyección emplean solución de adrenalina, esclerosantes como polidodecanol y otros como alcohol absoluto y soluciones hipertónicas.
- = Los métodos térmicos se dividen en aquellos de contacto como sonda caliente, electrocoagulación bipolar y de no contacto como el coagulador de argón plasma.
- = Métodos mecánicos, se dispone de clips y ligaduras.

Existen múltiples ensayos clínicos en los que no se demuestra superioridad de alguno de estos métodos cuando son utilizados solos. Sin embargo, se ha demostrado que la combinación de inyección de adrenalina con otro método disminuye la recurrencia de hemorragia, necesidad de cirugía y la mortalidad.

**Nivel de evidencia II. Recomendación B.**

### ¿Cuáles son las indicaciones de otros tratamientos no quirúrgicos (embolización, por ejemplo)?

Por su baja efectividad, la embolización es una alternativa sólo en el paciente de alto riesgo quirúrgico y falla al tratamiento endoscópico.<sup>8</sup>

**Nivel de evidencia IV. Recomendación C.**

### ¿Cuál es la indicación del tratamiento quirúrgico, tipo, vía, momento más apropiado, nivel de experiencia del cirujano?

Pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico.<sup>9,10</sup>

1. Hemorragia grave que no responde a medidas de reanimación.
2. No disponibilidad o falla del tratamiento endoscópico para controlar hemorragia persistente o de repetición.
3. La coexistencia de una segunda indicación de intervención quirúrgica como perforación, obstrucción o sospecha de neoplasia maligna.

**Nivel de evidencia V. Recomendación D.**

#### Tipo de cirugía recomendada

Úlcera duodenal:

- = Vagotomía troncular + piloroplastia con ligadura del sitio ulceroso.
- = Vagotomía troncular + antrectomía con resección o ligadura del sitio ulceroso.
- = Vagotomía altamente selectiva con duodenectomía y ligadura del sitio ulceroso.

Úlcera gástrica:

1. Vagotomía troncular + piloroplastia con excisión de la úlcera.
2. Antrectomía + excisión de la úlcera si es proximal.
3. Gastrectomía distal con inclusión de la úlcera con o sin vagotomía troncular.
4. Excisión de la úlcera.

Vía abierta, el momento más apropiado es cuando existe deterioro progresivo a pesar del tratamiento instalado.

#### Referencias

1. Baradarian R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004; 619-22.
2. De la Mora-Levy JC, et al. Manejo de la hemorragia de tubo digestivo alto. *Rev Gastroenterol Mex* 2006; 71(2): 28-34.
3. Sung J.J.Y., Mossner J., et al. Intravenous esomeprazole for prevention of peptic ulcer re-bleeding: rationale/design of Peptic Ulcer Bleed study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008; 27(8):666-667
4. Sung JJ, Barkun A, Kuipers ES, et al. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Int Med* 2009;150(7):455-64
5. Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2007; 356: 1631-40.
6. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(4): 497.
7. Bleau, et al. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 1-6.
8. Pianka JD, Affronti J. Management principles of gastrointestinal bleeding. Primary Care. *Clinics in Office Practice* 2001; 28(3).
9. Stabile BE, Stamos M. Therapy of High Risk Bleeding. Surgical Management of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Clinics* 2000; 29(1).
10. Farrel JE, Friedman LS. Gastrointestinal Bleeding in the Elderly. *Gastroenterology Clinics* 2001; 30(2).