

DOCUMENT DE POSICIONAMENT

Hemorràgia Digestiva Alta No Deguda a Hipertensió Portal

Josep-Maria Botargues¹, Pilar Garcia Iglesias¹, Faust Feu Caballé¹, Càndid Villanueva Sánchez¹, Xavier Calvet Calvo¹, Enric Brullet Benedi¹, Gabriel Cánovas Moreno², Esther Fort Martorell¹, Marta Gallach Montero³, Emili Gené Tous³, José-Manuel Hidalgo Rosas², Amelia Lago Macià¹, Ana Nieto Rodríguez³, Michel Papo Berger¹, Montserrat Planella de Rubinat¹, Joan Saló Rich¹, i Rafel Campo Fernández de los Ríos¹

(1) Societat Catalana de Digestologia

(2) Societat Catalana de Cirurgia

(3) Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències



Societat
Catalana de
Digestologia
A·C·M·S·C·B



SoMUE
www.socmue.cat

Societat Catalana de
Medicina d'Urgències i Emergències



L'Acadèmia





HEMORRÀGIA DIGESTIVA ALTA NO DEGUDA A HIPERTENSÍO PORTAL

Josep-Maria Botargues¹, Pilar Garcia Iglesias^{2,3}, Faust Feu Caballé⁴, Càndid Villanueva Sánchez⁵, Xavier Calvet Calvo^{2,3,6}, Enric Brullet Benedí^{2,3}, Gabriel Cánovas Moreno⁷, Esther Fort Martorell⁸, Marta Gallach Montero^{2,3}, Emili Gené Tous^{3,6,9}, José-Manuel Hidalgo Rosas⁷, Amelia Lago Macía¹⁰, Ana Nieto Rodríguez¹¹, Michel Papo Berger¹², Montserrat Planella de Rubinat¹³, Joan Saló Rich¹⁴, i Rafel Campo Fernández de los Ríos^{2,3,6}

(1) Servei de Digestiu, Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet, Barcelona; (2) Servei de Digestiu, Hospital de Sabadell-Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona; (3) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III; (4) Servei de Gastroenterologia, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic, Barcelona; (5) Servei de Digestiu, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (6) Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona; (7) Servei de Cirurgia, Hospital de Sabadell-Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona; (8) Servei de Digestiu, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona; (9) Servei d'Urgències, Hospital de Sabadell-Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona; (10) Servei de Digestiu, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona; (11) Servei d'Urgències, Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona; (12) Servei de Digestiu, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; (13) Servei de Digestiu, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; (14) Servei de Digestiu, Hospital de Vic, Vic, Barcelona.

1. INTRODUCCIÓ

L'hemorràgia digestiva alta no varicosa (HDANV) per úlcera pèptica és un dels motius més freqüents d'hospitalització en patologia digestiva, i representa una important càrrega econòmica i assistencial. En els darrers anys s'han produït importants avenços en el maneig d'aquesta situació clínica, que han permès disminuir la recidiva hemorràgica i la mortalitat. El present document de posicionament és una actualització de les recomanacions basades en l'evidència sobre el maneig de l'hemorràgia digestiva per úlcera pèptica. Aquestes recomanacions es presenten de forma cronològica, d'acord a com s'apliquen en la pràctica clínica, incloent el grau d'evidència segons la classificació GRADE (grau de recomanació (GR) fort o dèbil; qualitat de l'evidència (QE) alta, moderada, baixa o molt baixa).

2. MESURES INICIALS

Les complicacions cardiovasculars són la causa principal de mortalitat de l'hemorràgia digestiva alta (HDA). Per aquest motiu una ràpida i apropiada ressuscitació inicial ha de precedir qualsevol mesura diagnòstica (GR: fort, QE: moderada).

Les mesures a realitzar immediatament després de l'ingrés es resumeixen en la Taula 1 i l'Algoritme 1.



2.1. Avaluació inicial

L'ANAMNESI INICIAL HA D'INCLoure:

- a) Valoració de la forma de presentació de l'HDA "pòsit de cafè" o hematèmesi, associat o no a melenes.
- b) Repercussió hemodinàmica-hematèmesi, sudoració, pèrdua de consciència (síncope o lipotímia).
- c) Valorar la comorbiditat tenint en compte sobretot els antecedents o dades clíniques suggestius d'hepatopatia (els pacients amb HDA per varius esòfago-gàstriques requereixen un maneig diferent) i els antecedents de patologia cardiovascular.
- d) Interrogar sobre l'ús d'antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) d'antiagregants o anticoagulants incloent els nous anticoagulants orals (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, i sembla que properament estarà disponible edoxaban).

L'EXPLORACIÓ FÍSICA INICIAL HA D'INCLoure:

- a) Confirmar l'hemorràgia:
 - a1. Tacte rectal (si hi ha dubtes).
 - a2. La sonda nasogàstrica (SNG) rarament modifica el maneig i és molt molesta per al pacient. Utilitzar de manera molt restringida. La col·locació d'una SNG en pacients amb sospita d'hemorràgia digestiva alta no té capacitat de predir la necessitat de tractament endoscòpic, no té impacte en els resultats, no canvia actituds clíniques i pot associar-se a complicacions. Per tots aquests motius, no s'ha de col·locar rutinàriament malgrat que algun pacient molt seleccionat podria beneficiar-se de la seva col·locació. En el cas que es decideixi col·locar-la, haurem de registrar a la història clínica del pacient el resultat obtingut de l'aspirat com indicador de qualitat en el maneig dels pacients amb HDA (GR: fort, QE: moderada). La SNG s'ha de retirar després d'avaluar l'aspecte de l'aspirat gàstric. No es recomanen els rentats amb sèrum fred i no hi ha evidència clara de que el rentat gàstric a través de la SNG millori la rendibilitat de l'endoscòpia (GR: fort, QE: baixa).
- b) Avaluar l'estat hemodinàmic: tensió arterial sistòlica i freqüència cardíaca, així com signes d'hipoperfusió perifèrica. La gravetat de l'hemorràgia s'estableix d'acord a aquestes dades. La saturació d'oxigen i el nivell de consciència són també d'utilitat en l'avaluació inicial del pacient amb HDA.
- c) Descartar cirrosi hepàtica (valorar estigmes d'hepatopatia crònica i la presència d'encefalopatia i / o ascites).

Després d'aquesta avaluació inicial i un cop s'ha iniciat l'estabilització hemodinàmica del pacient es recomana completar l'anamnesi i l'exploració física.

Es recomana l'ús de classificacions validades per estratificar els pacients en grups d'alt i baix risc. L'estratificació del risc pot ajudar en decisions com el moment de l'endoscòpia i l'alta hospitalària (GR: fort, QE: moderada). En aquest sentit, es recomana l'ús de la puntuació de Glasgow-Blatchford per l'estratificació del risc pre-endoscòpic (Taula 2). Els pacients amb risc molt baix (puntuació 0), no requereixen endoscòpia urgent ni ingrés hospitalari (GR: fort, QE: moderada).



2.2. Maniobres de reanimació i estabilització hemodinàmica

La correcció precoç de la hipotensió és la mesura inicial més eficaç per reduir de manera significativa la mortalitat de l'HDA (GR: fort, QE: moderada).

2.2.1. MANEIG INICIAL I ESTABILITZACIÓ HEMODINÀMICA

- 1) Posar dues vies perifèriques gruixudes que permetin, la infusió ràpida de cristal·loides (reposició de volèmia) o derivats sanguinis si cal.
- 2) S'obtindrà una analítica (hemograma, proves de coagulació, funció renal i ionograma i funció hepàtica).
- 3) Sang en reserva (almenys dos concentrats d'hematies).
- 4) Reposar la volèmia amb cristal·loides. No hi ha evidència que els col·loides siguin superiors al sèrum fisiològic (GR: fort, QE: alta).
- 5) Indicar dieta absoluta.

2.2.2. CRITERIS DE TRANSFUSIÓ

En pacients amb evidència d'hemorràgia greu i xoc, malgrat la inicial reposició de la volèmia, l'hematòcrit no reflecteix el grau de pèrdua hemàtica. En aquests casos, els criteris transfusionals hauran de ser lliberals.

En pacients estables, sense patologia cardiovascular ni hemorràgia activa, amb hemoglobina ≤ 7 g/dL es recomana transfusió restrictiva per mantenir l'hemoglobina entre 7 i 9 g/dL (GR: fort, QE: moderada). No obstant això, en pacients joves, sense patologia de base, hemodinàmicament estables i sense evidència de sagnat actiu, es pot mantenir una conducta expectant amb xifres d'hemoglobina inferiors a 7, si l'anèmia és ben tolerada.

En pacients amb patologia cardiovascular i/o hemorràgia activa es requereix transfusió per mantenir l'hemoglobina al menys entre 9 i 10 g/dL (GR: fort, QE: baixa).

2.2.3. CORRECCIÓ DELS TRASTORNS DE COAGULACIÓ

Es recomana corregir els trastorns de coagulació en pacients tractats amb anticoagulants i hemorràgia aguda (GR: fort, QE: baixa).

Dicumarínic

En pacients amb nivells supra-terapèutics d'INR es recomana la correcció de la coagulació fins a nivells terapèutics, fins i tot abans d'intervencions diagnòstic-terapèutiques com l'endoscòpia. En cas d'hemorràgia activa i inestabilitat hemodinàmica, la correcció es realitzarà de forma urgent, administrant vitamina K i concentrat de factors protrombínics. Com a segona opció, podria utilitzar-se el plasma fresc congelat (10 ml/kg). En cas d'hemorràgia no activa, es pot administrar Vitamina K (20 mg e.v. en dosi única). Si la situació clínica ho permet, es recomana millorar l'INR fins que sigui $< 2,5$ abans de realitzar l'endoscòpia amb o sense hemostàsia (GR: feble, QE: moderada).

En pacients amb un INR en interval terapèutic, no hi ha evidència sobre la utilitat de corregir l'anticoagulació. No s'han demostrat diferències en la taxa de recidiva hemorràgica, cirurgia o mortalitat d'aquests pacients quan es compara corregir amb mantenir l'anticoagulació adequada, tot i que hi ha escassos estudis i amb mostres



petites. En aquests casos, s'ha d'individualitzar el risc-benefici de suspendre el tractament anticoagulant. En tot cas, la presència d'un INR dins del rang terapèutic no ha de retardar la realització de l'endoscòpia.

Cal valorar el risc-benefici de mantenir l'anticoagulació en tots els pacients. En pacients amb hemorràgia moderada a greu es recomana, com a mesura general, revertir l'anticoagulació amb dicumarítics.

Nous anticoagulants orals

Es recomana suspendre temporalment els nous anticoagulants orals en pacients amb sospita d'hemorràgia aguda en coordinació amb l'hematòleg i/o el cardiòleg (GR: fort, QE: baixa). Es pot considerar l'ús de concentrats de complex de protrombina. Hi ha dades experimentals i clíniques que avalen l'eficàcia d'aquests derivats sanguinis per a la reversió dels efectes dels nous anticoagulants.

El dabigatran s'elimina per via renal, per la qual cosa és important mantenir una diuresi adequada. En casos d'hemorràgia greu no controlada, sobretot en pacients amb insuficiència renal, l'hemodiàlisi podria resultar eficaç.

2.3. Tractament farmacològic pre-endoscòpic

PROGINÈTICS (METOCLOPRAMIDA / ERITROMICINA VIA ENDOVENOSA)

No s'han de indicar de manera sistemàtica abans de l'endoscòpia. L'eritromicina endovenosa (dosi única, 250 mg donada 30-120 minuts abans de l'endoscòpia) podria ser útil en pacients seleccionats (amb sospita de presència de sang i coàguls a l'estómac) per millorar el rendiment diagnòstic de l'endoscòpia urgent. La infusió d'eritromicina millora significativament la visibilitat durant l'endoscòpia, redueix la necessitat d'una segona exploració, disminueix el nombre d'unitats de sang transfosa, i redueix la durada de l'estada hospitalària (GR: fort, QE: alta). Un altra indicació clara és abans de repetir l'endoscòpia en pacients en els quals la sang a l'estómac va impedir l'adequada visualització de la lesió sagnant (GR: fort, QE: moderada).

INHIBIDORS DE LA BOMBA DE PROTONS (IBP) VIA ENDOVENOSA

La seva administració endovenosa abans de l'endoscòpia disminueix el sagnat actiu i els estigmes d'alt risc, la necessitat de tractament endoscòpic i l'estada mitjana del pacient (GR: fort, QE: moderada), però no ha demostrat que disminueixi la recidiva, la necessitat de cirurgia o la mortalitat.

La seva administració no ha de retardar l'endoscòpia (GR: fort, QE: moderada). És especialment important administrar l'IBP endovenós si es preveu que l'endoscòpia no es realitzarà de manera immediata. La dosi inicial no està clara, donada la manca d'estudis aleatoritzats. La dosi recomanada és un bolus de 80 mg d'IBP endovenós, seguit d'una perfusió de 8 mg/h dissolt en sèrum fisiològic (precipita en sèrum glucosat). Ha de canviar-se la perfusió cada 12 hores a causa de la baixa estabilitat de la molècula en solució. L'únic estudi aleatoritzat va utilitzaresomeprazol pel que, encara que és probable que tots els IBP siguin equivalents, es desconeix si altres IBP seran igualment eficaços.

ALTRES FÀRMACS

No es recomana l'ús d'àcid tranexàmic, de la somatostatina, o el seu anàleg octreotide en pacients amb HDANV (GR: fort, QE: baixa).

3. ENDOSCÒPIA

Els protocols específics per al maneig multidisciplinari de l'hemorràgia digestiva per úlcera pèptica han d'incloure la disponibilitat d'endoscòpia urgent i d'un endoscopista capacitat en tècniques d'hemostàsia endoscòpica, així com d'infermeria entrenada per assistir en la realització de les endoscòpies urgents (GR: fort, QE: baixa).

3.1. Priorització de l'endoscòpia

Es recomana la realització d'una endoscòpia precoç (dins de les primeres 24 hores d'ingrés) ja que possibilita l'estratificació del risc de recidiva i, en conseqüència, permet l'alta precoç en els pacients de baix risc i també realitzar tractament endoscòpic en els d'alt risc (GR: fort, QE: moderada). L'anàlisi de subgrups en estudis bàsicament observacionals suggereix que en pacients de risc (com aquells amb vòmit hemàtic i inestabilitat hemodinàmica) l'endoscòpia molt precoç, dins de les primeres 12 hores, permet reduir l'estada hospitalària (GR: fort, QE: baixa). És possible que els pacients de molt alt risc (com aquells amb inestabilitat hemodinàmica persistent) puguin beneficiar-se d'una endoscòpia dins de les 6 primeres hores, que possibiliti l'aplicació precoç de tractament hemostàtic, tot i que no existeix evidència que corrobori aquest extrem (GR: fort, QE: molt baixa). És recomanable avaluar la relació risc/benefici abans de l'endoscòpia, particularment en pacients amb risc de patir complicacions com aquells amb síndrome coronària aguda o amb sospita de perforació o en aquells amb inestabilitat hemodinàmica persistent (GR: fort, QE: baixa).

3.2. Tractament endoscòpic

L'endoscòpia ha d'especificar la presència i el tipus d'estigma d'hemorràgia recent ja que prediuen el risc de persistència o recidiva hemorràgica i determinen la indicació o no de tractament endoscòpic hemostàtic. No estarà indicat el tractament endoscòpic en pacients amb estigmes de baix risc (úlcera neta o taca plana d'hematina) donat el bon pronòstic d'aquestes lesions amb una probabilitat de recidiva inferior al 5% (GR: fort, QE: alta). Quan es detecta un coàgul adherit a una úlcera, s'hauran d'aplicar rentats per tal de desprendre'l i realitzar, si és necessari, tractament endoscòpic de la lesió subjacent. En cas que el coàgul no es desprengui, el tractament endoscòpic aplicat a la base del coàgul és segur i pot reduir la taxa de recidiva hemorràgica particularment en els pacients amb major risc (major edat, presència de comorbiditats, ...), encara que no existeix evidència definitiva que aquest tractament sigui superior a l'ús d'IBP a dosis altes (GR: fort, QE: alta). Els pacients amb sagnat actiu, en jet o bavejant, o amb vas visible no sagnant tenen indicació de tractament endoscòpic (GR: fort, QE: alta).

L'objectiu del tractament endoscòpic consisteix a obtenir l'hemostàsia permanent, el que inclou el control inicial de l'hemorràgia i la prevenció de la recidiva hemorràgica. Estudis controlats han demostrat que la terapèutica endoscòpica aconsegueix aquest objectiu de forma efectiva, tant emprant mètodes d'injecció com mètodes tèrmics i s'acompanya d'un descens significatiu en els requeriments de cirurgia urgent i una millora de la supervivència dels pacients (GR: fort, QE: alta). Pel que fa al tractament endoscòpic preferible, a l'actualitat existeix una sòlida evidència que la monoteràpia amb injecció d'adrenalina no aconsegueix resultats òptims ja que, encara que resulta

efectiva per obtenir l'hemostàsia inicial, quan s'utilitza com monoteràpia s'associa amb majors taxes de recidiva hemorràgica (GR: fort, QE: alta). Quan s'empri la injecció d'adrenalina ha d'associar-se a un segon mètode hemostàtic endoscòpic com col·locació de clips, aplicació de termocoagulació (amb electrocoagulació bipolar o "heaterprobe") o injecció d'esclerosants (alcohol absolut, polidocanol o etanolamina), de trombina o d'adhesiu tissular. Els clips i la termocoagulació poden utilitzar-se també com a monoteràpia ja que en els estudis comparatius la teràpia combinada no ha resultat clarament superior al seu ús en monoteràpia (GR: dèbil, QE: moderada). No obstant això, el poder estadístic d'aquests estudis és qüestionable.

En la pràctica clínica pot resultar útil la pre-injecció d'adrenalina, particularment en cas de sagnat actiu, ja que així es pot obtenir l'hemostàsia inicial permetent una aplicació tècnicament més satisfactòria del tractament definitiu amb termocoagulació o clips. En estudis comparatius, els clips han aconseguit resultats similars als mètodes tèrmics o la injecció d'esclerosants, encara que amb resultats heterogenis. A l'actualitat es disposa de nous tipus de clips que ofereixen avantatges tècnics, com la disponibilitat de diferents grandàries, la possibilitat d'orientar la col·locació i una major rigidesa i estabilitat de l'adherència un cop alliberats. No obstant, encara no hi ha estudis que avaluin el seu benefici a la pràctica clínica. Respecte a altres mètodes endoscòpics, com els tèrmics o d'injecció, els clips ofereixen l'avantatge de no induir lesió tissular, per la qual cosa podrien ser preferibles en pacients anticoagulats o amb antiagregació, si bé això últim no ha estat adequadament avaluat (GR: dèbil, QE: molt baixa).

Tant el làser, com el gas argó, l'electrocoagulació monopolar o la injecció de trombina o d'adhesius tissulars no són recomanables com a tractaments endoscòpics de primera línia, atès que no han resultat més efectius que altres mètodes i s'associen amb un risc potencial considerable de complicacions severes com la perforació. No obstant, tampoc l'electrocoagulació bipolar, el "heaterprobe" o la injecció d'esclerosants estan exempts d'aquest risc. No es disposa d'estudis controlats que permetin fer recomanacions sobre l'ús de l'Hemospray®, tot i que podria considerar-se en situacions específiques com a rescat (per exemple, en úlceres amb mal accés o lesions amb sagnat difús).

3.3. "Second look"

No es recomana la realització sistemàtica de "second-look" endoscòpic ja que en estudis controlats no s'ha demostrat que comporti beneficis a la pràctica clínica (GR: fort, QE: alta). No obstant això, aquests estudis suggereixen que podria ser útil en pacients seleccionats de molt alt risc, la qual cosa s'haurà d'aclarir mitjançant estudis adequats, pel que caldrà desenvolupar escales pronòstiques que permetin detectar de manera sensible i específica a aquests pacients (GR: dèbil, QE: baixa). D'altra banda, els estudis que avaluen el "second-look" són antics i no inclouen tractament antisecretor adequat ni, en molts casos, estratègies òptimes de tractament hemostàtic.



4. MANEIG HOSPITALARI

4.1. Escales pronòstiques i maneig d'acord amb el pronòstic

Es recomana l'ús de les escales pronòstiques post-endoscòpia per estratificar els pacients en diferents grups segons el risc de recidiva i mortalitat, per tal d'optimitzar el maneig clínic (GR: dèbil, QE: moderada). Així mateix, l'ús de vies o trajectòries clíniques pot millorar el maneig multidisciplinari protocol·litzat dels pacients amb HDANV i reduir l'estada hospitalària.

Entre les escales existents, l'índex de Rockall (Taula 3) és el més reconegut i ha estat validat en diferents estudis. Permet identificar els pacients amb baix risc de recidiva i mortalitat que es poden beneficiar de tractament ambulatori, així com els d'alt risc per tal d'oferir-los una apropiada intervenció, minimitzant la morbiditat i mortalitat.

Els pacients de baix risc i baixa comorbiditat poden iniciar dieta i ser donats d'alta després de l'endoscòpia (GR: fort, QE: alta). Es pot utilitzar el judici clínic basat en els paràmetres següents: estabilitat hemodinàmica, absència de comorbiditats, úlcera de base neta o taca d'hematina, i adequat suport familiar al domicili del pacient.

Els pacients d'alt risc de recidiva i mortalitat, tant per criteris clínics (edat avançada, xoc hipovolèmic i comorbiditat greu) com endoscòpics (úlcera pèptica Forrest Ia-IIb), haurien d'ingressar un mínim de 72 hores i mantenir el dejú durant les primeres 24-48 h per si fos necessari realitzar tractament endoscòpic o quirúrgic.

4.2. Tractament farmacològic

Després de l'endoscòpia, en pacients amb lesions amb una alta probabilitat de recidiva hemorràgica i després d'un tractament endoscòpic eficaç, l'administració d'un IBP (80 mg en bolus endovenos seguit d'una perfusió contínua de 8 mg/h) ha demostrat reduir la recidiva hemorràgica, la necessitat de cirurgia i la mortalitat (GR: fort, QE: alta). Igualment, podria administrar-se un IBP en forma de bolus endovenosos durant les 72 hores següents a la realització de l'endoscòpia o bé, si els pacients estan en condicions d'iniciar dieta oral, es poden administrar dosis altes per via oral (GR: dèbil, QE: moderada). Es poden mantenir dosis altes d'IBP més enllà del tercer dia en pacients amb alt risc de recidiva. En pacients amb lesions de baix risc es pot administrar un IBP a la dosi habitual una vegada al dia.

4.3. Tractament de la recidiva

La recidiva de l'hemorràgia es pot definir com la presència d'hematèmesi i/o melena associades a signes d'hipovolèmia (tensió arterial sistòlica <100 mmHg i/o freqüència cardíaca >100 ppm) i/o anemització (descens de l'Hb >2 g/L) en un període <12 hores.

El tractament endoscòpic és de primera elecció en aquells pacients que presenten recidiva de l'hemorràgia, tant si havien estat tractats prèviament com si no (GR: fort, QE: moderada). Disposem d'un únic estudi publicat fa anys que mostra clarament que un segon tractament endoscòpic pot evitar la cirurgia en més del 70% de pacients amb recidiva de l'hemorràgia, sense que s'observi un augment de la mortalitat o de les complicacions. No obstant, es recomana comentar amb l'equip de cirurgia tots els pacients que presenten una recidiva de l'hemorràgia durant l'ingrés hospitalari



(GR: fort, QE: baixa). En cas de fracàs d'un segon tractament endoscòpic s'haurà de considerar la cirurgia urgent de rescat o l'arteriografia amb embolització.

L'angiografia percutània amb embolització supraseductiva del vas sagnant es pot considerar una alternativa al tractament quirúrgic en aquells pacients amb fracàs del tractament endoscòpic, o quan no és possible aplicar-lo (GR: dèbil, QE: baixa). En aquells centres que no disposen de radiologia intervencionista, es pot optar pel tractament quirúrgic o traslladar el pacient a un centre que disposi d'un servei especialitzat d'angioradiologia.

4.4. Utilització d'antiagregants i anticoagulants

El reinici precoç del tractament antiagregant després del control de l'hemorràgia disminueix el risc de mortalitat cardiovascular sense augmentar significativament el risc de resagat. En els pacients amb estigmes d'hemostàsia recent pot fer-se de forma segura a partir del tercer dia després de l'endoscòpia. Si no hi ha estigmes d'hemostàsia poden introduir-se immediatament (GR: fort, QE: moderada).

Els pacients amb tractament antiagregant doble són un grup d'alt risc tromboembòlic. Es recomana mantenir l'antiagregació amb AAS i suspendre el clopidogrel durant un curt període de temps, sense que augmenti el risc de complicacions cardiovasculars (GR: fort, QE baix).

Després de l'endoscòpia s'ha de valorar individualment el risc tromboembòlic associat a la suspensió del tractament anticoagulant. El reinici de l'anticoagulació durant els primers 7 dies augmenta el risc d'hemorràgia i disminueix el de trombosi i la mortalitat per aquesta causa. Es recomana reiniciar el tractament anticoagulant a partir del setè dia perquè no augmenta el risc d'hemorràgia i manté la disminució del risc tromboembòlic i de la mortalitat. Els pacients amb un risc tromboembòlic molt alt es podrien beneficiar del reinici precoç de l'anticoagulació (GR: fort, QE: moderada). Durant l'ingrés es recomana administrar heparina de baix pes molecular i només en casos molt excepcionals l'ús d'heparina sòdica (GR: fort, QE baix).

Per als nous anticoagulants orals, sembla raonable actuar de la mateixa forma perquè no disposem de dades per fer una recomanació. A més a més, podria valorar-se canviar a un nou anticoagulant oral amb menys risc d'hemorràgia gastrointestinal (apixaban o edoxaban) (GR: fort; QE baixa).



5. SEGUIMENT DESPRÉS DE L'ALTA

5.1. Tractament de la úlcera

Els pacients amb úlcera gastroduodenal associada a *H. pylori* han de prendre IBP segons la pauta d'eradicació prescrita i després continuar amb IBP fins a 4 setmanes en cas d'úlcera duodenal i fins a 8 setmanes si és una úlcera gàstrica (GR: fort, QE: alta).

En pacients amb úlcera gàstrica sense informació sobre la presència d'*H. pylori*, cal seguir tractament amb IBP a dosi estàndard fins comprovar cicatrització de l'úlcera. En cas d'úlceres sense *H. pylori*, ni presa d'AINE/antiagregants o refractàries, es recomana dosi doble d'IBP (GR: dèbil, QE: alta).

La diferenciació entre úlceres benignes i malignes resulta més difícil en el context d'HDA, pel que cal prendre biòpsies de l'úlcera gàstrica en l'endoscòpia inicial o repetir l'endoscòpia amb presa de biòpsies, fins i tot si l'úlcera està cicatritzada. En un 2-6% dels casos, un resultat de benignitat en l'estudi anatomopatològic inicial pot ser un fals resultat (GR: dèbil, QE: moderada).

Es recomana mantenir el tractament amb IBP durant 8 setmanes i realitzar la revisió endoscòpica en aquest període, ja que el tractament estàndard amb IBP aconsegueix cicatritzar la majoria d'ulceracions gàstriques entre 6 i 8 setmanes (GR: fort, QE: alta).

5.2. Infecció per *Helicobacter pylori*

Cal investigar la infecció per *H. pylori* en tots els pacients que han patit una HDA per úlcera gastroduodenal. Alguns autors suggereixen que podria realitzar-se tractament empíric, sense haver de comprovar la presència d'*H. pylori*, ja que aquest és altament cost-efectiu. Tot i que el tractament empíric sembla acceptable, falta validació en assaigs i sèries clíniques.

És important realitzar de manera precoç i precisa el diagnòstic de la infecció per *H. pylori*, però les proves per a detecció d'*H. pylori* presenten una taxa elevada de resultats falsament negatius en els casos d'úlcera gastroduodenal amb hemorràgia activa. La realització de l'endoscòpia a l'episodi d'hemorràgia digestiva permet realitzar el test ràpid de la ureasa: la simplicitat i rapidesa en justificaria el seu ús, tot i que presenta una important disminució de la seva sensibilitat diagnòstica. Alguns autors recomanen realitzar histologia amb menys pèrdua de sensibilitat, o simultàniament test d'ureasa i histologia. Quan els resultats anteriors siguin negatius per a *H. pylori* cal realitzar un test de l'alè d'urea a les 4-8 setmanes de l'episodi hemorràgic agut.

L'eradicació d'*H. pylori* és molt eficaç per a prevenir la recidiva hemorràgica. Per tant cal prescriure sempre tractament eradicador de manera precoç a aquells pacients amb un episodi d'HDA per úlcera gastroduodenal que estiguin infectats.

Igualment es recomana comprovar l'eradicació en tots els casos realitzant una prova de l'alè, com a mínim 4 setmanes després d'haver finalitzat el tractament antibiòtic. En cas d'úlcera gàstrica, es recomana realitzar una endoscòpia amb biòpsies per comprovar la cicatrització i l'eradicació d'*H. pylori*.

5.3. Tractament amb AINE

En el moment de recomanar un tractament cal valorar el risc cardiovascular. Els inhibidors COX-2 multipliquen per dos el risc basal de patir un problema cardiovascular, però també tenen, respecte als AINE no selectius, una disminució del 50% del risc de complicacions gastrointestinals. Per tant, els pacients que han tingut una HDANV es consideren d'alt risc gastrointestinal, i haurien de ser tractats amb celecoxib associat a un IBP (GR: fort, QE: alta).

5.4. Tractament amb AAS i/o clopidogrel

El clopidogrel i l'aspirina, així com la seva combinació, augmenten el risc d'hemorràgia digestiva. Els pacients que presenten una HDANV sota tractament amb clopidogrel com a teràpia preventiva cardiovascular presenten un risc elevat de recidiva hemorràgica. Aquest risc de recidiva és superior al que presenta la combinació d'AAS i un IBP (GR: fort, QE: alta). Els pacients que prenen AAS i/o clopidogrel, prasugrel o ticagrelor i han tingut una HDA han de rebre tractament amb IBP.

Tot i la discordança que presenten els estudis farmacològics i també els clínics, l'evidència de millor qualitat suggereix que la interacció farmacològica entre IBP i clopidogrel no té conseqüències clíniques rellevants, i per tant, el benefici de la prevenció secundària de l'hemorràgia amb un IBP, sobrepassaria clarament el risc cardiovascular que podria suposar la interacció entre els IBP i clopidogrel (GR: fort, QE: moderada).





6. BIBLIOGRAFIA

1. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol* 2012;107:345-360.
2. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152:101-113.
3. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015;47:1-46.
4. Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert JP et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencias* 2013;25:472-481.
5. Sachar H, Vaidya K, Laine L. Intermittent vs continuous proton pump inhibitor therapy for high-risk bleeding ulcers: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174:1755-1762.
6. Ángel Lanas, Xavier Calvet, Faust Feu, Julio Ponce, Javier P. Gisbert y Alan Barkun. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Med Clin (Barc)* 2010;135(13):608-616.
7. Javier P. Gisbert, Xavier Calvet, Fernando Bermejo, Daniel Boixeda, Felipe Bory, Luis Bujanda, et al. III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *Helicobacter Pylori*. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36(5):340-374.
8. Lanas A, Benito P, Alonso J, Hernandez-Cruz B, Baron-Esquivias G, Perez-Aisa A, et al. Safe prescription recommendations for non steroidal anti-inflammatory drugs: Consensus document elaborated by nominated experts of three scientific associations (SER-SEC-AEG). *Reumatologia clinica*. 2014;10(2):68-84.
9. Greenspoon J, Barkun A, Bardou M, Chiba N, Leontiadis GI, Marshall JK, et al; International Consensus on Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. Management of patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10:234-239.

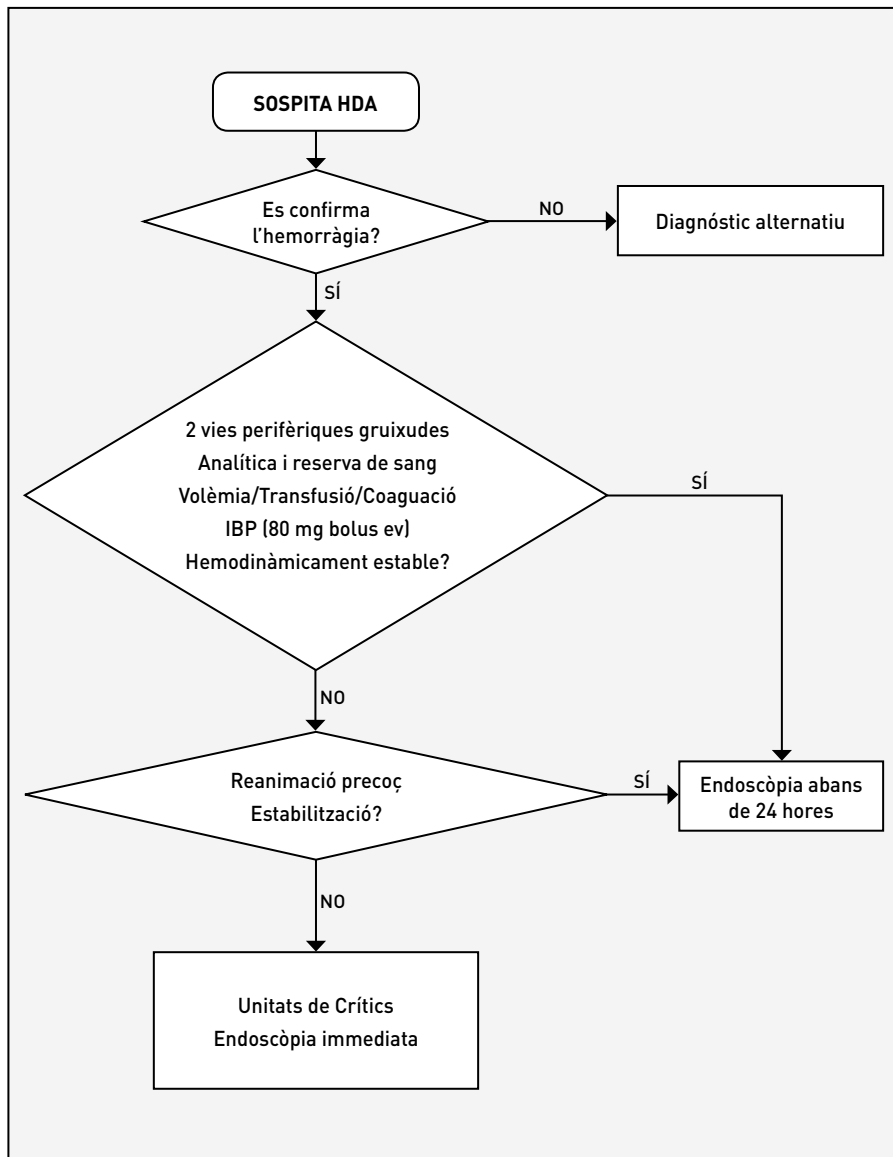


Taula 1 ▶ Mesures inicials en l'HDANV

Actuacions inicials	Anamnesi, confirmar HDA i avaluació hemodinàmica Estratificar el risc de l'HDA (Escala) Posar dos vies perifèriques gruixudes Reserva de concentrats d'hematies Analítica amb proves de coagulació Tacte rectal / SNG si cal Reposició de la volèmia Dieta absoluta Valorar saturació d'O ₂ Valoració de l'estat de consciència per valorar IOT
Transfusió	Hb \leq 7 g/dL, sense patologia cardiovascular (mantenir Hb entre 7 i 9 g/dL). Hb \leq 10 g/dL i patologia cardiovascular (mantenir Hb entre 9 i 10 g/dL).
Coagulació	INR supra-terapèutic: correcció INR en el rang terapèutic: no hi ha evidència; individualitzar, però no retardar la gastroscòpia Forma de correcció: hemorràgia no activa: Vitamina K 20 mg e.v.; hemorràgia activa: Vitamina K i concentrat de factors protrombínics Dabigatran i Rivaroxaban. Suspènre tractament. En hemorràgia greu valorar infusió de concentrat de factors protrombínics



Algoritme 1 ▶ Tractament inicial de l'HDA





Taula 2 ▶ Escala de Glasgow-Blatchford

Variable	Marcador de risc	Puntuació
Urea sèrica mmol/L	<6,5	0
	6,5 - 7,9	2
	8 - 9,9	3
	10 - 24,9	4
	≥25	6
Hemoglobina g/dl (homes)	≥12	0
	10-11,9	3
	<10	6
Hemoglobina g/dl (dones)	≥12	0
	≥10-12	1
	<10	6
Pressió arterial sistòlica (mmHg)	>110	0
	100-109	1
	90-99	2
	<90	3
Altres marcadors	Freqüència cardíaca ≥100 bpm	1
	Presentació amb melenes	1
	Presentació amb síncope	2
	Malaltia hepàtica	2
	Insuficiència cardíaca	2

El punt de tall per a pacients de baix risc s'ha situat entre 0 i 3 punts, en funció de l'estudi.

Taula 3 ▶ Índex de Rockall

	0	1	2	3
Edat (anys)	<60	60-79	>80	
Comorbiditat	No major		ICC, cardiopatia isquèmica	Insuficiència renal, malaltia hepàtica, càncer metastàtic
Xoc	No	Freqüència cardíaca >100 bpm	TA sistòlica <100 mmHg	
Origen del sagnat	Mallory-Weiss	Tots els altres (esofagitis, gastritis, úlcera pèptica, varices)	Neoplàsia	
Estigma de sagnat	Cap		Coàgul adherit, sagnat pulsàtil	

Mortalitat baixa (0-2), intermèdia (3-4) o alta (≥5)

Secretaria Tècnica



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

Sr. Enric Clarella

L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

Documents publicats



2011

Utilitat Diagnòstica del Fibroscan®
Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica



2012

Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1
Sedació a l'Endoscòpia Digestiva



2013

Maneig de l'Hemorragia Digestiva per Hipertensió Portal
Recomanacions pel Maneig de l'Hemorragia Digestiva Baixa Aguda



2014

Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda
Recomanacions pel Maneig del Fetge Gras no Alcohòlic



2015

Recomanacions per l'Avaluació i Tractament del Pacient Cirròtic Crític
Diarrea Crònica: Definició, Classificació i Diagnòstic



2016

Hemorragia Digestiva Alta No Deguda a Hipertensió Portal
Malalties Hepàtiques Autoimmunes