

“EI MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA”

AUTOR: *Enrique Omar Ferrer.*

INSTITUCIÓN: *Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.*

TELÉFONO: *(0223) 4729517 / (0223) 155269917*

CORREO ELECTRÓNICO: *eoferrer@yahoo.com.ar*

RESUMEN

Los registros más tempranos de hemorragia digestiva son tan antiguos como los primeros textos médicos conocidos. Los avances en los estudios de imágenes y la anestesia general fueron importantes contribuciones que permitieron al cirujano manejar efectivamente a los pacientes con hemorragia digestiva alta. Las técnicas introducidas recientemente, como la fibroscopía y la arteriografía selectiva de ramas viscerales, han expandido las capacidades diagnósticas y terapéuticas del médico clínico.

A pesar de la proliferación de sofisticadas técnicas de diagnóstico y tratamiento, la mortalidad global de la hemorragia digestiva ha permanecido sin cambios en un 8 a 10% siendo ésta menor en las unidades especializadas en la atención y el manejo de la hemorragia digestiva alta, y esto no es debido a cuestiones técnicas o inherentes a la especialidad, sino por la adherencia, de estas unidades especializadas, a protocolos de trabajo.

Los objetivos de este trabajo son actualizar el tema con un enfoque terapéutico, principalmente en puntos que aún permanecen controversiales, como son la utilidad de la segunda endoscopia y el rol actual de la cirugía en el manejo de la hemorragia digestiva alta. Para ello desarrollaremos los siguientes tópicos: *1- Clasificar al paciente según el riesgo de muerte. 2- Resucitación y manejo inicial. 3- Rol de la Endoscopia Digestiva Alta (E.D.A). 4- Tratamiento médico. 5- Hemorragia incontrolable. 6- Resangrado. 7- Hemorragia por lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal. 8- Rol de la Cirugía. 9- Seguimiento.*

Prácticamente no existen dudas que ante evidencias de resangrado, la reendoscopia debe realizarse, teniendo esta conducta al menos tan buenos resultados y tasa de complicaciones como la cirugía.

Menos claro es el papel de la reendoscopia reglada luego de la aplicación de terapia endoscópica, en los casos en que ésta está indicada, existiendo actualmente una tendencia en la bibliografía a que debe realizarse siempre; todos los trabajos al respecto concluyen que esta conducta reduce la tasa de resangrado, y algunos agregan que disminuye la morbilidad, pero ninguna estrategia terapéutica hasta el momento ha logrado reducir la mortalidad.

No existen evidencias bibliográficas que expongan con claridad cuál es el mejor procedimiento quirúrgico a emplear, quedando la mayoría de las veces a criterio del cirujano, pero podría recomendarse que si el paciente se encuentra en buen estado general, y no presenta comorbilidades de importancia se debe intentar realizar la resección gástrica, mientras que si el paciente es añoso, presenta un deterioro importante en su estado general o tiene comorbilidades de relevancia, entonces estarían indicados procedimientos hemostáticos menores.

EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

HISTORIA Y ANTECEDENTES

Los registros más tempranos de hemorragia digestiva son tan antiguos como los primeros textos médicos conocidos. Las descripciones clínicas datan de hace más de 5.000 años y en el papiro de Ebers ya se mencionaba la hemorragia aguda como complicación de una úlcera péptica. Sin una adecuada comprensión de la fisiopatología del shock hemorrágico, las antiguas recomendaciones terapéuticas, aun las de Hipócrates, resultaban contraproducentes. Hasta el siglo pasado era común recomendar distintas formas de sangrías terapéuticas, incluidas la flebotomía y la aplicación de sanguijuelas. La resucitación exitosa del shock hemorrágico se hizo posible a partir de una mayor comprensión de la fisiología del sistema circulatorio, la introducción de la terapéutica de infusión intravenosa y de técnicas de hemoterapia. Los estudios radiológicos contrastados con bario y la anestesia general fueron importantes contribuciones que permitieron al cirujano manejar efectivamente a los pacientes con hemorragia digestiva. Las técnicas introducidas recientemente, como la fibroscopía y la arteriografía selectiva de ramas viscerales, han expandido las capacidades diagnósticas y terapéuticas del médico clínico.

A pesar de la proliferación de sofisticadas técnicas de diagnóstico y tratamiento, la mortalidad global de la hemorragia digestiva ha permanecido sin cambios en un 8 a 10%. La constancia de la tasa de mortalidad probablemente refleje un mejor cuidado general de una población más longeva y en peores condiciones. Virtualmente todos los estudios, señalan que la edad avanzada es un predictor de mortalidad; la muerte en pacientes menores de 50 años es una rareza. Además de la edad, se han identificado muchos otros factores de riesgo para la morbimortalidad de la hemorragia digestiva.

Se estima que del 1 al 2 % del total de las internaciones hospitalarias por cuadros agudos médicos o quirúrgicos se deben a hemorragia digestiva. La variedad en cuanto a etiología y localización de la lesión hacen de la hemorragia digestiva un problema diagnóstico y terapéutico que afecta a todas las edades, nacionalidades, grupos étnicos y niveles socioeconómicos.

Si bien la mayoría de los casos de hemorragia aguda ceden espontáneamente, la recurrencia es común. La morbilidad y la mortalidad de esta condición derivan de las consecuencias del

shock hipovolémico sobre el miocardio y el sistema nervioso central. Dado que se observa preponderancia de la hemorragia digestiva en adultos y ancianos, que requieren cuidados intensivos médicos y quirúrgicos, las consecuencias sociales y económicas de la hemorragia digestiva son considerables. Es imperativo realizar en todos los casos una evaluación rápida, económica, eficiente y un plan de tratamiento. Esto, a su vez, requiere una detallada comprensión de las diferentes etiologías de la hemorragia digestiva.

Sin embargo, antes de hacer cualquier esfuerzo diagnóstico, se debe estimar adecuadamente el volumen de sangre perdido y de la tasa de pérdida y sus consecuencias sobre las condiciones hemodinámicas del paciente.

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) tiene una incidencia aproximada de 50 a 150 cada 100.000 hab./año, presenta una mortalidad del 11%, y del 33% en los pacientes hospitalizados por otra razón. (1)

La mortalidad es menor en las unidades especializadas en la atención y el manejo de la HDA, y esto no es debido a cuestiones técnicas o inherentes a la especialidad, sino por la adherencia, de estas unidades especializadas, a protocolos de trabajo. (28-27)

Los objetivos de este trabajo son actualizar el tema con un enfoque terapéutico, principalmente en puntos que aún permanecen controversiales, como son la utilidad de la segunda endoscopia y el rol actual de la cirugía en el manejo de la hemorragia digestiva alta.

La atención del enfermo con várices esofágicas no se incluye en este trabajo, puesto que dicha situación, por las características especiales de este tipo de pacientes, es un capítulo aparte.

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son las lesiones mucosas agudas gastroduodenales, las úlceras pépticas duodenales y gástricas y los procesos relacionados con la hipertensión portal, que incluyen las várices esofágicas y del lecho gástrico y la gastropatía hipertensiva.

Otras causas menos frecuentes son el síndrome de Mallory Weiss, el cáncer gástrico y el leiomioma gástrico y las ectasias vasculares. (3)

Etiología, según la frecuencia, de las hemorragias digestivas altas.	
Úlceras Duodenales	25%
Úlceras Gástricas	23%
Lesiones Agudas*	23%
Várices esofágicas	11%
Tumores	8%
Misceláneas**	8%
Origen Indeterminado	2%
<p>* Drogas, estrés, úlcera de Cushing, síndrome de Mallory Weiss, gastritis hemorrágica. ** Úlcera de la neoboca, angiodisplasia, hemofilia, pseudoaneurisma por pancreatitis, fístula aortoduodenal.</p>	
<p><i>Cirugía de Michans / Pedro Ferraina y Alejandro Oría. 5ª edición.</i></p>	

CLASIFICACIÓN DE FORREST

- **IA** - *Lesión que sangra activamente en chorro.*
- **IB** - *Lesión que sangra en napa activamente.*
- **IIA** - *Lesión que no sangra, con un vaso sanguíneo visible.*

- **IIB** - *Lesión que no sangra, con un coágulo adherido.*
- **IIC** - *Lesión que no sangra, con una mancha pigmentada plana.*
- **III** - *Lesión con base limpia, sin sangrado.*

RESANGRADO:

Se define como resangrado a los siguientes signos y síntomas:

1- *Hematemesis con sangre fresca y/o melena asociada a shock.*

(Shock: Frecuencia Cardíaca mayor a 100 lat/min., Tensión Arterial Sistólica menor a 100 mm Hg.).

2- *Una caída de la Presión Venosa Central (PVC) mayor a 5 mm Hg.*

3- *Una disminución de la hemoglobina mayor a 20 g/l en 24 hs.*

4- *El resangrado debe confirmarse siempre por Endoscopia Digestiva Alta (E.D.A.).*

<ul style="list-style-type: none"> ▪ IA - 55 % ▪ IB - 55 % ▪ IIA - 43 % ▪ IIB - 22 % ▪ IIC - 22 % ▪ III - 5 % 	}	Porcentaje de resangrado según el estadio de Forrest.
---	---	--

RECURSOS NECESARIOS

Para la implementación de un protocolo adecuado, normas de manejo, o seguir los lineamientos más aceptados en el manejo de una hemorragia digestiva alta son necesarios:

1. Unidad de Terapia Intensiva (UTI)
2. CIRUJANO las 24Hs.
3. ANESTESISTA las 24 hs.
4. E.D.A. 24 Hs.
5. HEMOTERAPIA 24 Hs.

MANEJO DEL PACIENTE CON HDA

1. Clasificar al paciente según el riesgo de muerte.
2. Resucitación y manejo inicial.
3. Endoscopia Digestiva Alta (E.D.A)
4. Tratamiento médico.
5. Hemorragia incontrolable.
6. Resangrado.
7. Hemorragia por lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal.
8. Cirugía.
9. Seguimiento.

1. Clasificar al paciente según el riesgo de muerte.

El siguiente esquema que otorga puntajes a las variables clínicas y endoscópicas de los pacientes que ingresan con hemorragia digestiva alta nos permite clasificar a los pacientes luego de su ingreso según su riesgo de resangrado y principalmente de muerte, es decir se asemejaría a una clasificación pronóstica.

- 0 – 3 RIESGO BAJO
- 4 – 7 RIESGO MODERADO
- 8 ó más RIESGO ALTO

Ni éste, ni otros sistemas son aplicables de inicio, debido a que incluyen hallazgos endoscópicos, por ende, la clasificación debe realizarse basados en el juicio y las variables clínicas. (27-31)

VARIABLE	0	1	2	3
EDAD	- 60	60 - 79	+ 80	
EST. HEMOD.	NORMAL	TAQUICARDIA	HIPOTENSIÓN	
COMORBILIDADES	-	-	FALLA CARDIACA, IAM, DBT, ETC.	FALLA RENAL, HEPÁTICA O CANCER AVANZADO
EDA	-	-	CANCER GÁSTRICO	
SANGRADO ACTIVO	-	-	(+)	
<i>Modificado de: "Rockall scoring system for risk of rebleeding and death after admission to hospital for acute gastrointestinal bleeding."</i>				

2. Resucitación y manejo inicial.

Ante el ingreso de un paciente que presenta una hemorragia digestiva alta, se lo debe resucitar correctamente con la finalidad de normalizar o al menos estabilizar hemodinámicamente a los pacientes que se encuentran anormales, o que no pierdan su estabilidad o normalidad aquellos que ingresan compensados. Para esto se debe realizar:

1- Hidratación parenteral.

2- Si existe compromiso hemodinámico: *colocar 2 catéteres endovenosos de 14 F expandir con 2000 cc. de Solución Fisiológica o Ringer Lactato.*

3- Si existen dudas de sangrado activo: *colocar Sonda naso gástrica.*

4- Solicitar: Hematocrito, Glóbulos blancos, Plaquetas, Hemoglobina, urea, ionograma, TGO, TGP, FAL, Bilirrubina, TP, grupo sanguíneo y factor RH.

En base a lo anterior, debemos entonces, clasificar al paciente según el tipo de sangrado que presente, el cual puede ser:

- Leve o Moderado.
- Severo.

SANGRADO LEVE O MODERADO

Se define como un paciente con sangrado leve o moderado quien presenta las siguientes características clínicas:

- FC < 100 lat/min.
- TAS > 100 mmHg.
- < 60 años
- Sin comorbilidades
- Sin sangrado activo

E.D.A. Al día siguiente.

SANGRADO SEVERO

Se define como un paciente con sangrado severo quien presenta las siguientes características clínicas:

- FC > 100 lat/min.
- TAS < 100 mmHg.
- > 60 años
- Presencia de comorbilidades
- Presencia de sangrado activo

- Monitoreo continuo (TAS y Fc)
- Colocar S.V.
- Medición de P.V.C.
- E.D.A. de URGENCIA **si no responde** a la resucitación inicial.
- Evaluar necesidad de transfusión de GR.

Luego de la evaluación inicial del paciente, deberá decidirse si éste necesita de una reanimación con fluidos expansores o requerirá de hemoderivados, para esto se propone el siguiente esquema de reposición basados en parámetros clínicos y de laboratorio y que es aceptado por la casi totalidad de la bibliografía.

<u>SHOCK HIPOVOLÉMICO</u>				
SIGNOS, SÍNTOMAS Y REEMPLAZO DE FLUÍDOS				
PÉRDIDA SANGUÍNEA	- 750	750 – 1500	1500 - 2000	+ 2000
FC	- 100	100 – 120	120 - 140	+ 140
TAS	NORMAL	NORMAL	DISMINUÍDA	DISMINUÍDA
FR	14 - 20	20 – 30	30 - 40	+ 40
DIURESIS	+ 40 ml/h	30 – 40 ml/h	20 – 30 ml/h	- 20 ml/h
CONCIENCIA	ANSIOSO	ANSIOSO	CONFUSO	LETÁRGICO
REEMPLAZO DE FLUÍDOS	CRISTALOIDES	CRISTALOIDES	SANGRE	SANGRE
<i>Adaptado de Grenvick A. Textbook of critical care, 4th edition.</i>				
<i>Los valores de Hto y Hb a partir de los cuales se debería transfundir glóbulos rojos en un paciente sin comorbilidades son: Hto: 20% y Hb: 8 mg% (Excepto en los ptes. con enfermedad coronaria donde debería mantenerse un Hto superior a 30%.)</i>				

3. Endoscopia Digestiva Alta.

Debe enfatizarse que la EDA debe realizarse luego de una correcta resucitación del paciente.

Su utilidad radica en:

1. *Definir la causa del sangrado.*
2. *Definir el pronóstico.*
3. *Administrar terapia endoscópica.*

INDICACIONES DE TERAPIA ENDOSCÓPICA

- 1- Sangrado por várices esofágicas. (banding o escleroterapia) (14)
- 2- Pacientes con sangrado activo. (4)
- 3- Úlceras con estigmas de sangrado. (vaso visible o coágulo adherido) (5)
- 4- Mallory Weiss (16) *
- 5- Malformaciones vasculares: *Teleangiectasias* y *ectasia vascular antral*. *
- 6- Lesión de Dieulafoy. *

* *En estas lesiones, generalmente el sangrado se detiene espontáneamente, pero en situaciones ocasionales y excepcionales la terapia endoscópica es necesaria para cohibir la hemorragia.*

La terapia endoscópica reduce la mortalidad, el resangrado, y la necesidad de intervención quirúrgica. (6)

Factores pronósticos endoscópicos según el aspecto de las úlceras (Lane y Peterson, 1994)			
Aspecto	Riesgo de recidiva- persistencia	Necesidad de cirugía de urgencia	Mortalidad
Sangrado Activo	55%	20-69%	0-23%
Vaso Visible	43%	0-56%	0-21%
Coágulo Adherido	22%	5-12%	0-10%
Mancha Plana	10%	0-10%	0-10%
Base Limpia	5%	0-3%	0-3%

Los datos pertenecen a estudios prospectivos en los cuales no se efectuó tratamiento endoscópico

Cirugía de Michans / Pedro Ferraina y Alejandro Oría. 5ª Edición.

TIPOS DE TERAPIA ENDOSCÓPICA

Esclerosis con Adrenalina. (2)

- Dilución de 1:10.000
- La hemostasia se logra en el 95 % de los pacientes.
- La tasa de resangrado es del 15-20 %.

Coagulación Multipolar. (1)

- Su uso es tan bueno como la inyección de adrenalina.

4. Tratamiento médico.

DROGAS SUPRESORAS DE LA SECRECIÓN ÁCIDA

- Su uso se basa en la observación de que la estabilidad del coágulo se reduce en el medio ácido.
- Un pH mayor a 6 es necesario para la agregación plaquetaria.
- Un pH menor a 6 produce la lisis del coágulo.
- No existe información que sostenga el uso de los antagonistas H₂, ya que estas drogas no mantienen el pH gástrico por encima de 6 en forma constante. *
- Varios estudios sugieren que el omeprazol reduce la tasa de *resangrado*, *transfusiones*, *mortalidad* y *estadía hospitalaria*. (15-30-12-18-17)
- **80 mg en bolo seguidos de una infusión de 8 mg/hora por 72 hs.** (15-30-12-18-17) *

** En caso de no disponer de un IBP, se indicará Ranitidina E.V. 100 mg c/ 4 hs. asociada a suspensión antiácida de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio y simeticona, teniendo en cuenta la menor utilidad de éste esquema para disminuir la tasa de resangrado en comparación con el uso de IBP. Esto es una recomendación que se usa en algunas unidades de cuidados intensivos sin respaldo bibliográfico que sustente su verdadera eficacia.*

MANEJO LUEGO DE LA E.D.A

- Debe realizarse un monitoreo continuo de FC, TAS y volumen urinario para identificar el resangrado.
- Si persiste estabilidad hemodinámica por 4 – 6 hs, no se hizo escleroterapia endoscópica, ni habían estigmas de sangrado, luego de la EDA, debe comenzarse con líquidos y una dieta liviana.
- Si tolera la dieta, es correcto indicar el alta hospitalaria en forma temprana.
- No existe información que sugiera el ayuno prolongado de los pacientes arriba mencionados.
- Si en la E.D.A. se identifica una lesión Forrest IA, IB ó IIA se debe mantener un ayuno de al menos 48 hs. Debido a la posibilidad de resangrado y la eventual necesidad de otra endoscopia y/o cirugía.

NECESIDAD DE SEGUNDA E.D.A.

La recurrencia del sangrado luego de la hemostasia endoscópica inicial es un factor importante, directamente relacionado con el pronóstico de la úlcera péptica sangrante. Diversos estudios evalúan la efectividad de una segunda endoscopia reglada en el manejo de la úlcera péptica sangrante o que resangra luego de la terapéutica inicial.

Chiu y cols. publicaron en el 2003 un trabajo comparativo, randomizado, entre el grupo de control, quienes luego de la endoscopia y hemostasia iniciales recibían un seguimiento clínico y el grupo de estudio, que recibía una segunda endoscopia reglada a las 16-24 hs. de la primera, con eventual reesclerosis; concluyendo que el grupo de estudio tuvo menor tasa de resangrado y se realizaron menor cantidad de cirugías. (8)

Lo anteriormente expuesto también es reconocido por Calvet en Barcelona, (10) quien plantea que la terapia endoscópica asociada a la terapéutica farmacológica con inhibidores de la bomba de protones se asocia a un menor riesgo de recurrencia y complicaciones, y menciona la utilidad de un “*second-look*” endoscópico.

Esta terapéutica si bien desde el aval bibliográfico esta sustentada y en algunos reportes la citan como una conducta rutinaria; el resultado de una encuesta realizada en Francia (20) arrojó que solo el 25% de los médicos gastroenterólogos realizan una segunda endoscopia ante un episodio de resangrado, siendo más proclives a ésta conducta aquellos profesionales que desempeñaban su función en hospitales universitarios.

Existen reportes que indican que la reendoscopia de los pacientes en que se realizó terapia endoscópica, en forma rutinaria reduce hasta un 75% la necesidad de cirugía sin aumentar la mortalidad. (25)

A modo de conclusión, un meta análisis de los estudios randomizados disponibles hasta la fecha, publicado en el año 2003, concluye que la segunda endoscopia en forma rutinaria, realizada en pacientes en que se realizó terapia endoscópica, reduce el riesgo de resangrado y por ende la morbilidad, pero no reduce la necesidad de realizar una cirugía ni la mortalidad. (23)

En resumen, se debe realizar una segunda endoscopia cuando:

- Exista evidencia clínica de resangrado.
- En aquellos pacientes a los que se le realiza terapia endoscópica y ésta no fue 100% satisfactoria.
- Se recomienda realizar siempre la reendoscopia cuando se hace hemostasia endoscópica, aunque esta conducta se encuentra aún en discusión y por el momento podría dejarse a criterio del operador.

5. Hemorragia incontrolable.

La HDA activa que no puede ser detenida por el tratamiento endoscópico, necesita una intervención quirúrgica urgente.

6. Resangrado.

- Los pacientes que resangran luego de un período de estabilidad hemodinámica deben someterse a una SEGUNDA E.D.A. (19-8-10-24)
- Si existe sangrado se debe reesclerosar, teniendo esta conducta al menos tan buen pronóstico como la cirugía sin reendoscopia. (9)

En el año 2005 se publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar factores predictores de resangrado luego de la segunda endoscopia, la cual la consideran esencial en la reducción de la tasa de resangrado, concluyendo que los pacientes con ASA grado III ó IV, la úlceras mayores a un centímetro de diámetro, y la presencia de signos endoscópicos de sangrado o sangrado reciente en la segunda endoscopia, son factores predictores de un nuevo sangrado luego de la segunda endoscopia. (24)

7. Hemorragia por lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal.

Las medidas generales y de reposición de la volemia, así como las indicaciones de la cirugía, son similares a las del resto de las hemorragias digestivas de otra etiología.

Además, el manejo de estos pacientes incluye el tratamiento de las condiciones predisponentes asociadas que han dado origen al desarrollo de las lesiones por estrés, como drenar posibles focos de sepsis, corregir coagulopatías y mejorar la función renal y respiratoria.

Cuando las lesiones agudas sangran y la hemorragia es de suficiente intensidad como para requerir una intervención quirúrgica, las cifras de mortalidad superan el 30 %; en la mayoría de las series publicadas oscilan alrededor del 50 % y pueden llegar al 70 % o más en los pacientes críticos. Contribuyen a esta alta mortalidad numerosos factores relacionados con la gravedad de la condición general del paciente más que con la cirugía propiamente dicha o con el tipo de operación realizada. Afortunadamente, en la gran mayoría de los casos la hemorragia cede en forma espontánea, de modo que actualmente la necesidad de recurrir a la cirugía para controlar el sangrado se ha reducido y oscila entre el 4 y el 25 %.

En 811 pacientes recopilados por Chamberlain solo debieron operarse 77 (9,5 %). Las técnicas de hemostasia endoscópica son de poca utilidad debido al carácter difuso de las lesiones y únicamente pueden tener aplicación en los casos de erosiones aisladas.

El cateterismo selectivo con infusión de vasopresina o embolización arterial también ha sido propuesto, con resultados inciertos.

En las hemorragias de carácter grave y persistente esta indicada la intervención quirúrgica. No existe acuerdo acerca de la operación a realizar y ningún estudio prospectivo a mostrado superioridad de alguna operación sobre otra. No hay un procedimiento que pueda solucionar el problema en todos los casos; la elección dependerá del tipo, la localización y la extensión de las lesiones, optándose por el que se considere más adecuado para controlar la hemorragia. No obstante a pesar de la gravedad del paciente, la conducta debe ser lo suficientemente agresiva porque la persistencia de la hemorragia postoperatoria agrava el pronóstico en forma considerable.

Las operaciones propuestas son: a) hemostasia directa de los puntos sangrantes combinada con vagotomía y piloroplastia; b) gastrectomía subtotal con vagotomía o sin ella y c) gastrectomía total.

En términos generales, puede decirse que las operaciones conservadoras tienen un alto índice de recidiva de la hemorragia, que varía del 25 al 50 %, mientras que las resectivas se acompañan de una elevada mortalidad.

En los pacientes críticos la hemorragia empeora aún más el pronóstico y las cifras de mortalidad están en relación con el número de parénquimas afectados.

La muerte por hemorragia digestiva es rara; sin embargo, ésta es un elemento de mal pronóstico y puede ser una complicación preterminal en pacientes seriamente comprometidos. (3)

8. Cirugía.

Con la aparición y desarrollo de la endoscopia digestiva alta, tanto diagnóstica así como herramienta terapéutica, la cirugía ha sido cada vez menos indicada, desplazada y postergada por los nuevos métodos endoscópicos, los cuales suplementados con los inhibidores de la bomba de protones han obtenido tan buenos resultados como la cirugía.

Existe poca evidencia bibliográfica acerca de cuál es el procedimiento quirúrgico de elección, el porcentaje de resangrado es menor al realizar una gastrectomía que incluye la úlcera, ya sea con reconstrucción Bilroth I ó II cuando se lo compara con procedimientos más conservadores, sin embargo, el procedimiento resectivo presenta una mayor morbimortalidad.

Históricamente la vagotomía debía acompañar a todos los procedimientos quirúrgicos resectivos, pero con el advenimiento de los inhibidores de la bomba de protones, este gesto quirúrgico ya no es necesario.

En el caso de una úlcera duodenal con sangrado activo, la ligadura específica de la arteria gastroduodenal y de la gastroepiploica derecha reducen la tasa de resangrado a un nivel similar que cuando se realiza una gastrectomía. (*nivel de evidencia B*) (21)

Las úlceras gástricas probablemente sean mejor tratadas por una gastrectomía parcial, dependiendo su tamaño y localización. No existen evidencias clínicas y bibliográficas que recomienden algún procedimiento en particular y la decisión debe ser tomada valorando cada caso en particular y la experiencia del cirujano. (*nivel de evidencia C*)

Si existen dudas o sospecha de enfermedad maligna, la gastrectomía parcial es el procedimiento de elección.

Si el paciente tiene edad avanzada, presenta comorbilidades o un estado general deteriorado, se debe realizar el mínimo procedimiento necesario para detener el sangrado siendo lo más conservador posible. (Resección local de la úlcera, hemostasia, etc.)

Con la finalidad de dilucidar el tipo de procedimiento quirúrgico a realizar ante una eventual cirugía para detener una hemorragia digestiva alta, en un hospital de la República Checa (11) evaluaron las cirugías realizadas, las técnicas empleadas y las complicaciones presentadas en pacientes que requirieron resolución quirúrgica por su cuadro de hemorragia digestiva, la cual no se detuvo ante un tratamiento endoscópico adecuado, considerando como tratamiento endoscópico adecuado, la esclerosis ante el cuadro inicial y una segunda endoscopia y reesclerosis ante un resangrado; la indicación del tratamiento quirúrgico fue la falla en la terapia endoscópica, es decir, que no se detuvo el sangrado, tanto el primera como en la segunda endoscopia.

En un estudio retrospectivo publicado en el año 2000 (7) que evalúa la evolución del tratamiento de la hemorragia digestiva en un período de 30 años, concluye que en el primer período (15 años) al 50% de los pacientes se le realizó tratamiento médico y a la otra mitad tratamiento quirúrgico; mientras que en el segundo período (también de 15 años) se le realizó

tratamiento médico al 71% de los pacientes con la consecuente disminución en la realización de cirugías para el tratamiento de los cuadros de hemorragia digestiva. Los procedimientos quirúrgicos que utilizaron fueron: Gastrectomías distales (52%) vagotomías con resección de la úlcera y drenaje, (46%) y sutura hemostática. (2%) Al comparar la mortalidad de los dos períodos encontraron que ésta disminuyó del 3,5 % en la primera etapa, a un 2% en la segunda, a pesar de que en esta fase se realizó tratamiento médico en un número mayor de pacientes.

9. Seguimiento

El seguimiento en las unidades que funcionan adheridas a normas o protocolos de manejo, es realizado habitualmente por el especialista en Gastroenterología, o por médicos pertenecientes al departamento o servicio de Gastroenterología.

ÚLCERA GÁSTRICA (29-22)

- Deben recibir terapia para erradicar el *Helicobáctter pylori*. El tratamiento recomendado es la triple combinación de un inhibidor de la bomba de protones, metronidazol y una tetraciclina.
- La tasa de resangrado es muy baja.
- Si la causa fue la ingesta de AINES, éstos deben **CONTRAINDICARSE**.
- Si no pueden suspenderse, debe usarse IBUPROFENO asociado a IBP.
- A estos pacientes se les debe realizar una E.D.A. 6 meses luego del alta, y hasta ese momento deben realizar terapia con IBP.

ÚLCERA DUODENAL

- La confirmación endoscópica de la cicatrización no es necesaria, excepto en el caso en que la causa haya sido la ingesta de AINES.

A modo de reflexión final, es importante expresar que a pesar de que esta entidad fue descrita, como aparece en la introducción, hace aproximadamente 5000 años, de los avances y cambios producidos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, con la consiguiente mayor sobrevida y mejora en el pronóstico de éstos pacientes, la hemorragia digestiva alta sigue siendo un capítulo de la medicina de urgencia, la cirugía y la práctica clínica, donde quedan muchos aspectos por aclarar, sobre todo en lo respectivo a su tratamiento.

Como la actual tendencia de la medicina y la práctica médica contemporánea, esta entidad, no escapa a estos lineamientos y por ende cada vez más se transforma en patología de manejo multidisciplinario, donde clínico, gastroenterólogo, cirujano e intensivista deben trabajar en forma conjunta para brindar una atención acorde y con los resultados que hoy en día se obtienen cuando se trabaja en forma interdisciplinaria y siguiendo un protocolo de trabajo.

Con el correr del tiempo, el avance en el tratamiento farmacológico y el desarrollo de la endoscopia, la cirugía ha ido relegando protagonismo, desplazada por los buenos resultados de la medicina mini invasiva, siendo actualmente la cirugía el tratamiento de segunda línea, solo si fracasa el tratamiento endoscópico y en más de una oportunidad.

Es indiscutible, que ante toda hemorragia digestiva alta, la realización de la endoscopia y si es necesario, la realización de tratamiento endoscópico con esclerosis, es el “gold standard.”

Lo que se encuentra aún en discusión para algunos autores y ya es un hecho sin cuestionamiento para otros, es la realización de una segunda endoscopia, la cual puede ser “reglada” si se hizo algún procedimiento terapéutico en la endoscopia inicial, o de necesidad en el caso de evidencias de resangrado.

Prácticamente no existen dudas que ante evidencias de resangrado la reendoscopia debe realizarse, teniendo esta conducta al menos tan buenos resultados y tasa de complicaciones como la cirugía.

Un poco menos claro es el papel de la reendoscopia reglada en el caso de que se halla realizado esclerosis en el primer procedimiento endoscópico, existiendo actualmente una tendencia en la bibliografía a que debe realizarse siempre.

Todos los trabajos al respecto concluyen que esta conducta reduce la tasa de resangrado, y algunos agregan que disminuye la morbilidad, pero ninguna estrategia terapéutica hasta el momento ha logrado reducir la mortalidad.

En cuanto al rol de la cirugía, ésta tiene indicaciones precisas en la mayoría de los casos, e indicaciones sujetas al criterio del médico de cabecera en situaciones especiales relacionadas con el estado general, las comorbilidades del paciente, el tiempo de evolución de la hemorragia y el contexto clínico y de infraestructura donde se atiende el paciente.

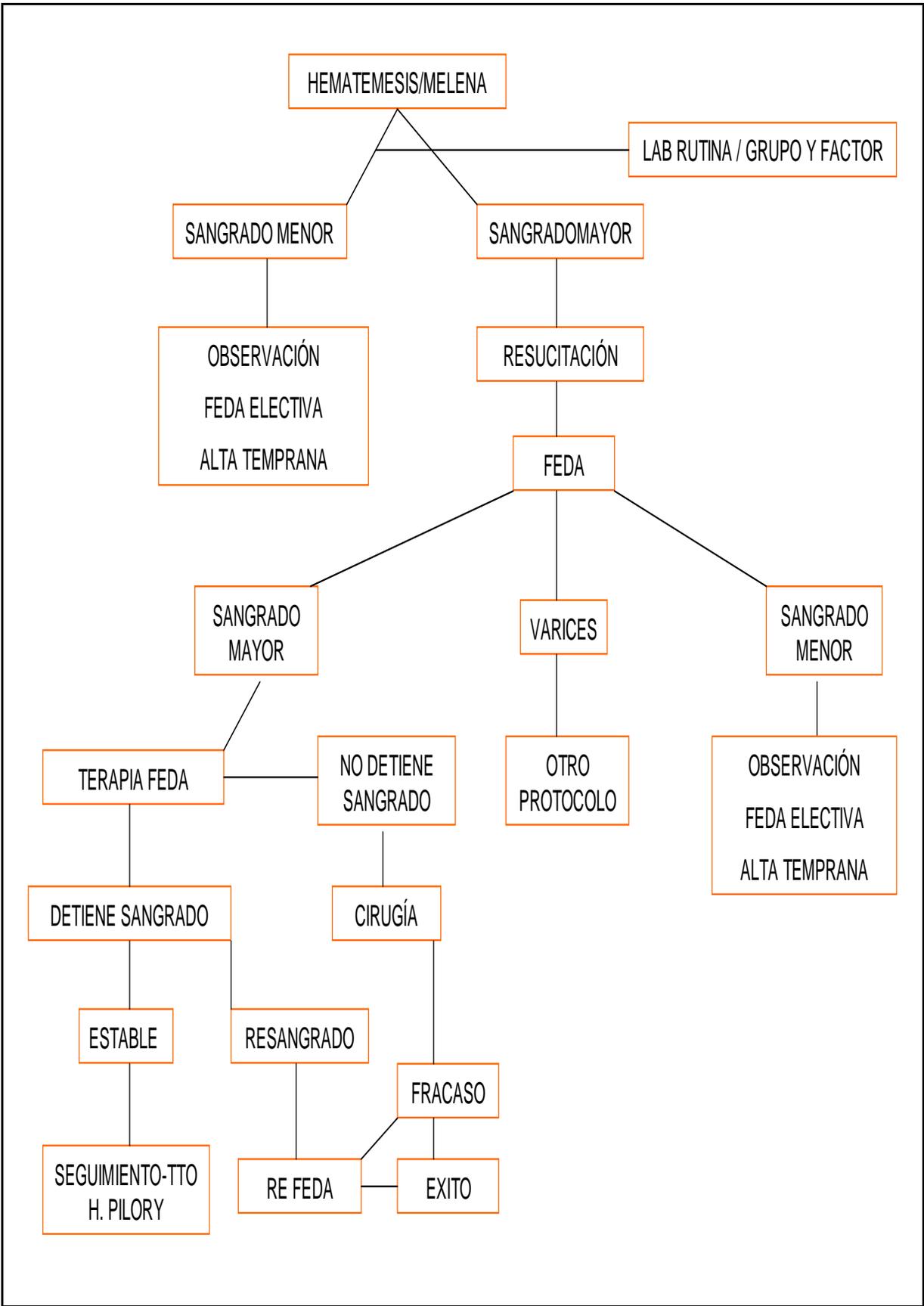
En grandes centros hospitalarios, de alta complejidad, con recursos de hemoterapia, cuidados intensivos, gastroenterólogo endoscopista, con posibilidades de realizar endoscopías diagnósticas y terapéuticas, cirujano, quirófano disponible y anestesista las 24 hs. Pueden intentarse tratamientos conservadores durante más tiempo.

Distinto es el caso de instituciones de menores recursos o menor complejidad, y que no disponen de la infraestructura anteriormente descrita, o que no tienen posibilidades de realizar el traslado de los pacientes a centros de mayor complejidad, donde el rol y la importancia de la cirugía siguen siendo de vital importancia y es una estrategia totalmente válida para la resolución de los casos de hemorragia digestiva alta grave.

La técnica quirúrgica a emplear sigue siendo una materia pendiente y un punto no resuelto que no se pudo dilucidar a lo largo del tiempo. Como se expone en el texto páginas arriba, se han practicado distintas técnicas y procedimientos, desde grandes cirugías resectivas, hasta procedimientos hemostáticos menores, la diferencia radica básicamente en la morbimortalidad que implica cada procedimiento por sí mismo, principalmente la morbilidad y el resangrado, ya que la mortalidad hasta hoy no ha sido relacionada claramente con ninguna conducta, probablemente por la multifactorialidad de ésta. (Edad del paciente, comorbilidades, tipo de reanimación, tiempo en la cual se inició la reanimación, terapia instaurada, infraestructura, etc.) Lo único que se ha relacionado claramente a una disminución de la mortalidad es la adhesión a protocolos y normas de trabajo y tratamiento.

En cuanto a la técnica quirúrgica empleada en forma estricta, se vio que las resecciones mayores, gastrectomías, fueron superiores en la disminución de la tasa de resangrado, cuando se los comparó con procedimientos menos agresivos, hemostasia o resección de la úlcera y vagotomía, pero ambos tenían la misma tasa de necesidad de reintervención quirúrgica; las cirugías resectivas porque presentaron mayor tasa de complicaciones, y los procedimientos menores porque presentaron mayor incidencia de resangrado.

Por lo anteriormente expuesto, no existen evidencias bibliográficas que expongan con claridad cuál es el mejor procedimiento quirúrgico a emplear en cada caso, quedando la mayoría de las veces a criterio del cirujano, pero a modo de guía podría aceptarse y/o recomendarse que si el paciente se encuentra en buen estado general, y no presenta comorbilidades de importancia se debe intentar realizar la resección gástrica, mientras que si el paciente es longevo, presenta un deterioro importante en su estado general o tiene comorbilidades de relevancia, entonces estarían indicados procedimientos hemostáticos menores.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Choudari CP, Rajgopal C, Palmer KR. A comparison of endoscopic injection therapy verses the heater probe in major peptic ulcer haemorrhage. *Gut* 1992;33:1159-61.
2. Chung SCS, Leung JWC, Steele RJC. Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers; a randomised trial. *BMJ* 1988;296:1631-3.
3. *Cirugía de Michans / Pedro Ferraina y Alejandro Oría. 5ª Edición.*
4. Cook DJ, Gayatt GH, Salena BJ, et al. Endoscopic therapy for acute non-variceal haemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992;102:139-48.
5. Cook DJ, Gayatt GH, Salena BJ, et al. Endoscopic therapy for acute non-variceal haemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992;102:139-48.
6. Cook DJ, Gayatt GH, Salena BJ, et al. Endoscopic therapy for acute non-variceal haemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992;102:139-48.
7. *Current orientations in surgery of haemorrhagic gastroduodenal ulcers. Chirurgia (Bucur). 2000 Nov-Dec;95(6):493-9.*
8. *Effect of scheduled second therapeutic endoscopy on peptic ulcer rebleeding: a prospective randomised trial Gut* 2003;52;1403-1407.
9. *Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers james y.w. lau et al. nejm volume 340 number 10-751-1999*

10. *Endoscopic treatment of bleeding ulcers: has everything been said and done?* *Gastroenterol Hepatol.* 2005 Jun-Jul;28(6):347-53.
11. *Gastrointestinal bleeding--concepts of surgical therapy in the upper gastrointestinal tract.* Knoefel WT, Rehders A. *Chirurg.* 2006 Feb;77(2):126-32.
12. *Hasselgren G, Lind T, Lundell L, et al. Continuous intravenous infusion of omeprazole in elderly patients with peptic ulcer bleeding; results of a placebo controlled multicentre study.* *Scand J Gastroenterol* 1997;32:328-33.
13. *Holman RAE, Davis M, Gough KR. Value of centralised approach in the management of haematemesis and melaena; experience in a district general hospital.* *Gut* 1990;31:504-8.
14. *Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients.* *Gut* 2000;46:(supp 3-4)1-15.
15. *Khuroo MS, Yattoo GN, Javid G. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer.* *N Engl J Med* 1997;336:1054-8.
16. *Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of acute upper gastrointestinal tract hemorrhage: A prospective controlled trial.* *N Engl J Med* 1987;316:1613-17.
17. *Lau JYW, Sung JJY, Lee KKC, et al. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers.* *N Engl J Med* 2000;343:310-16.
18. *Lin HJ, Lo WC, Ee FY, et al. A prospective randomised comparative trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcer after endoscopic therapy.* *Arch Intern Med* 1998;158:54-8.

19. Lou JYW, Sung JYJ, Lam T, et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl. Med* 1999;340:751-6.
20. Management of bleeding peptic ulcer in France: a national inquiry Gilles Lesur, Bruno Bour, Philippe Aegerte, Masson SAS, Paris, 2005. ORIGINAL ARTICLE.
21. Millet B, Hay JM, Valleur P, et al. Emergency surgical treatment For bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomised trial. *World J Surg* 1993;17:568-74.
22. Oddsson E, Gudjonsson J, Thjodleifsson B. Comparison between ranitidine and omeprazole for protection against gastrointestinal damage caused by Naproxen. *Scand J Gastroenterol* 1992;27:1045-8.
23. Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: Is a second look necessary? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2003 Jan;57(1):62-7.
24. Predictors of peptic ulcer rebleeding after scheduled second endoscopy: clinical or endoscopic factors? *Endoscopy.* 2006 Jul;38(7):726-9.
25. Preventing ulcer rebleeding: the role of second-look endoscopy. *Can J Gastroenterol.* 1999 Jun;13(5):409-11.
26. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the UK *BMI* 1995;311:222-6
27. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, et al. Risk assessment following acute gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996;38:316
28. Sanderson JD, Taylor RFH, Pugh S, et al. Specialized gastrointestinal units for the management of upper gastrointestinal bleeding. *Postgrade Med J* 1990;66:654

29. Santander G, Gravalos RG. *Anti-microbial therapy for Helicobacter pylori infection versus longterm maintenance anti-secretory treatment in the prevention of recurrent haemorrhage from peptic ulcer. prospective non-randomised trial of 125 patients. Am J Gastroenterol 1996;91:1549-52.*
30. Schaffalitzky de Muckadell UB, Havelund T, Harling H, et al. *Effects of omeprazole on the outcome of endoscopically treated peptic ulcers. Scand J Gastroenterol 1997;32:320-7.*
31. Vreeburg EM, Terwee CB, Suel P, et al. *Validation of the Rockall scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut 1999;44:331-5.*