



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL ÁCIDO

Actualización en hemorragia gastrointestinal de origen no varicoso

Ángel Lanas

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Universidad de Zaragoza, IIS Aragón, CIBERehd, Zaragoza, España

PALABRAS CLAVE

Hemorragia gastrointestinal;
Úlcera péptica;
Diverticulosis;
Antiinflamatorios no esteroideos;
Inhibidor de la bomba de protones;
Ácido acetilsalicílico;
Endoscopia

KEYWORDS

Gastrointestinal bleeding;
Peptic ulcer;
Proton pump inhibitors;
Colonic diverticuli;
Nonsteroidal antiinflammatory

Resumen Este artículo resume las principales novedades en el ámbito de la hemorragia gastrointestinal no varicosa comunicadas en el último Congreso Americano de Gastroenterología (DDW) en el año 2013. Se han de destacar algunos estudios que han aportado conocimientos en áreas de incertidumbre. En este sentido, y entre otros hallazgos, se ha comunicado que la administración de inhibidores de la bomba de protones (IBP) previa a la endoscopia o la realización de esta de manera precoz, antes de las 6 h de la admisión del paciente con hemorragia digestiva alta (HDA), o de la colonoscopia en las primeras 24 h para hemorragia digestiva baja, no mejora el pronóstico de estas. Igualmente se ha señalado que la administración oral de IBP tras la hemostasia endoscópica puede no ser inferior a los resultados obtenidos con IBP por vía intravenosa. En el campo de la terapia endoscópica destacaría el tratamiento con ablación por radiofrecuencia para la ectasia vascular antral. En el campo de la HDA y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), nuevos datos confirman el riesgo de sufrir episodios cardiovasculares tras interrumpir el tratamiento con ácido acetilsalicílico por una HDA, el riesgo incrementado de esta al asociar fármacos gastrotóxicos y la necesidad de conocer los diferentes riesgos gastrointestinales y cardiovasculares de los diferentes AINE y coxibs al realizar la prescripción. Finalmente se ha señalado que existen evidencias para considerar que tanto factores ambientales como genéticos están involucrados en la susceptibilidad individual de sufrir hemorragia gastrointestinal.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Update on non-variceal gastrointestinal bleeding

Abstract This article summarizes the main studies in the field of non-variceal gastrointestinal bleeding reported in the last American Congress of Gastroenterology (Digestive Disease Week) in 2013. Some of these studies have provided new knowledge and expertise in areas of uncertainty. In this context and among other findings, it has been reported that the administration of a proton pump inhibitor (PPI) prior to endoscopy or the early performance of endoscopy within 6 hours of admission in patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB) (or colonoscopy within 24 hours in patients with lower gas-

drugs;
Aspirin;
Endoscopy

gastrointestinal bleeding)-does not improve the prognosis of the event. It has also been reported that oral administration of a PPI after endoscopic hemostasis may produce a similar outcome to that of intravenously administered PPI in patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB). In the field of endoscopic therapy, the use of radiofrequency ablation for antral vascular ectasia is of interest. Regarding UGIB and nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs), new data confirm the risk of cardiovascular events by stopping treatment with acetylsalicylic acid (ASA) after an episode of UGIB, the increased risk of UGIB when associating gastrototoxic drugs, and the need to identify both the gastrointestinal and cardiovascular risks of each NSAID and coxib when prescribing these agents. Finally, there is evidence that both environmental and genetic factors are involved in individual susceptibility to gastrointestinal bleeding.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Hemorragia gastrointestinal

En el último congreso de la American Gastroenterological Association (AGA) se han presentado varios estudios de interés que tienen que ver con el manejo del paciente sangrante por lesiones del tubo gastrointestinal de origen no varicoso. A continuación se describe un resumen de los estudios más relevantes bajo mi punto de vista.

Hemorragia gastrointestinal alta

Manejo preendoscópico

Las guías actuales recomiendan endoscopia temprana (dentro de las 24 h) ante la presencia de hemorragia digestiva alta no varicosa aguda (HDANV)¹, pero se desconoce si una endoscopia realizada de manera más precoz puede dar mejores resultados en términos de mortalidad, necesidad de cirugía y utilización de recursos. En este sentido se presentó un estudio llevado a cabo en la Clínica Mayo donde se evaluó el rendimiento endoscópico y los resultados de los pacientes en dependencia de la práctica de una endoscopia urgente (≤ 8 h) frente a endoscopia precoz (9-24 h) en pacientes con HDANV. Para ello se revisaron 400 pacientes consecutivos que acudieron a urgencias hospitalarias con hematemesis o melenas en un período comprendido entre enero de 2009 a diciembre de 2010, de acuerdo a una base de datos mantenida prospectivamente. El momento de la endoscopia se decidió por el médico de guardia y el equipo de gastroenterología, de acuerdo a la práctica clínica estándar. Una endoscopia positiva se definió por la identificación de la causa de la hemorragia y la presencia de estigmas de alto riesgo de sangrado reciente (coágulos adherentes, vasos visibles o hemorragia activa). Las características basales del paciente, los hallazgos endoscópicos y los resultados clínicos fueron comparables entre los 2 grupos. Finalmente, 209 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Todos los pacientes recibieron inhibidores de la bomba de protones (IBP) por vía intravenosa (i.v.) y transfusiones de sangre según el protocolo estándar clásico de la Institución. No hubo diferencias significativas en las características basales entre los 2 grupos, excepto para una mayor proporción de estancia en la unidad de cuidados intensivos en el

grupo de endoscopia urgente. Los hallazgos endoscópicos positivos para ambos grupos (endoscopia urgentes y precoz) fueron similares (14/72 [19%] y 27/137 [19%], respectivamente; $p = 0,96$). No hubo diferencias con respecto a la mortalidad hospitalaria (el 1,3 frente al 2,9%; $p = 0,49$), la necesidad de repetir la endoscopia dentro de las primeras 72 h (el 16 frente al 17%; $p = 0,07$), el número de transfusiones (2 frente a 1 unidad; $p = 0,52$), la necesidad de tratamiento endoscópico hemostático (el 24 frente al 23%; $p = 0,87$) o la duración de la estancia hospitalaria ($3,7 \pm 2,9$ frente a $3,2 \pm 0,3$ días; $p = 0,34$). Los autores concluyeron que el momento de la endoscopia dentro de las primeras 24 h no afecta al resultado final del episodio de HDANV. En mi opinión, los resultados son interesantes, pero se ha de reconocer que el estudio puede carecer de potencia suficiente para mostrar diferencias y que al no ser un estudio aleatorizado y ciego puede estar sesgado en el sentido de realizar una endoscopia más precoz en los pacientes más graves, por lo que el tema no queda resuelto todavía².

Otro de los temas todavía abiertos y en discusión es la necesidad o no de administrar IBP previo a la realización de la endoscopia urgente o precoz y si esta acción terapéutica tiene efectos favorables para el paciente con HDANV. Un estudio realizado en Reino Unido analizó este extremo en 404 pacientes, 202 recibieron omeprazol i.v. durante una mediana de 1 día (rango, 0,25-2) antes de la endoscopia y 202 no, según criterio del médico de guardia. El omeprazol se administró bien en bolo de 40 mg 2 veces al día ($n = 103$; 51%), o como una perfusión de 8 mg/h después de una carga de 80 mg ($n = 99$; 49%). Después de la endoscopia, el omeprazol se administró por vía i.v. o por vía oral en los pacientes que presentaban úlceras/erosiones en el esófago, estómago o duodeno. Se evaluó la necesidad de transfusión de sangre, estancia hospitalaria > 6 días y mortalidad a los 30 días. Los 2 grupos fueron comparables en cuanto a su sexo, tabaquismo, consumo de alcohol, y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aspirina, antitrombóticos y otros fármacos. El grupo tratado con omeprazol preendoscopia tenía mayores puntuaciones para las escalas de Blatchford y Charlson. Sin embargo, cuando los análisis de los resultados en términos de necesidad de transfusión de sangre, duración de la estancia hospitalaria o mortalidad a los 30 días, se ajustaron por estos 2 parámetros de comorbilidad, no se observaron diferencias significativas entre los pacientes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288297>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288297>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)