



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL ÁCIDO

Avances en hemorragia gastrointestinal

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;
Anticoagulantes;
Antiinflamatorios no esteroideos;
Ácido acetilsalicílico;
Inhibidor de la bomba de protones

Resumen Las principales novedades del último congreso americano de gastroenterología (American Congress of Gastroenterology 2016) en relación con la hemorragia digestiva alta, desde la perspectiva del médico clínico, se pueden resumir en: *a)* la escala de Glasgow-Blatchford tiene la mejor precisión para predecir la necesidad de la intervención quirúrgica o mortalidad hospitalaria; *b)* las escalas pronósticas utilizadas para hemorragia digestiva alta no varicosa, también son útiles para hemorragia digestiva baja; *c)* datos preliminares sugieren que el tratamiento con Hemospray™ no parece ser mejor que el tratamiento estándar actual en el control de la hemorragia activa por úlcera péptica; *d)* la prevención de recurrencia hemorrágica en pacientes que toman ácido acetilsalicílico puede ser efectiva, tanto con famotidina como con inhibidores de la bomba de protones, pero se precisan nuevos estudios que lo confirmen; *e)* se confirma la necesidad de reintroducir lo más precozmente posible el tratamiento antiplaquetario en pacientes con hemorragia digestiva asociada a estos fármacos, para evitar mortalidad cardiovascular; *f)* en práctica clínica habitual, las complicaciones gastrointestinales o cardiovasculares con celecoxib o antiinflamatorios no esteroideos tradicionales son muy bajas; *g)* dabigatrán se asocia a mayor incidencia de hemorragia gastrointestinal en comparación con apixabán y warfarina. Al menos, la mitad de los episodios se localizan en el tracto gastrointestinal inferior; *h)* el implante de dispositivos de apoyo circulatorio ventricular externos se asocia hasta en un tercio de los pacientes, y de manera temprana, con hemorragia digestiva y con frecuencia secundaria a malformaciones arteriovenosas. © 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Gastrointestinal bleeding;
Peptic ulcer;
Anticoagulants;
Non-steroidal anti-inflammatory drugs;
Aspirin;
Proton pump inhibitor

Advances in gastrointestinal bleeding

Abstract The main innovations of the latest meeting of the Gastroenterological Association (2016) concerning upper gastrointestinal bleeding from the clinician's perspective can be summarised as follows: *a)* The Glasgow-Blatchford scale has the best accuracy in predicting the need for surgical intervention and hospital mortality; *b)* Prognostic scales for non-variceal upper gastrointestinal bleeding are also useful for lower gastrointestinal bleeding; *c)* Preliminary data suggest that treatment with hemospray does not seem to be superior to current standard treatment in controlling active peptic ulcer bleeding; *d)* Either famotidine or a proton pump inhibitor may be effective in preventing haemorrha-

Correo electrónico: alanas@unizar.es

gic recurrence in patients taking aspirin, but this finding needs to be confirmed in further studies; e) There was confirmation of the need to re-introduce antiplatelet therapy as early as possible in patients with antiplatelet-associated gastrointestinal bleeding in order to prevent cardiovascular mortality; f) Routine clinical practice suggests that gastrointestinal or cardiovascular complications with celecoxib or traditional NSAIDs are very low; g) Dabigatran is associated with an increased incidence of gastrointestinal bleeding compared with apixaban or warfarin. At least half of the episodes are located in the lower gastrointestinal tract; h) Implant devices for external ventricular circulatory support are associated with early gastrointestinal bleeding in up to one third of patients; the bleeding is often secondary to arteriovenous malformations.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los aspectos más novedosos presentados este año 2016 en el congreso de la American Gastroenterological Association (AGA) relativos a la hemorragia digestiva (HD), se han centrado fundamentalmente en el riesgo asociado al tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (NACO) y al asociado con los implantes extracorpóreos de soporte en pacientes con graves insuficiencias cardíacas o pulmonares. No han faltado tampoco nuevos e interesantes datos relativos a prevención de hemorragia o recurrencia de hemorragia, en pacientes tratados con agentes antiplaquetarios o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y aspectos relacionados con el manejo de la HD en su contexto de interés indudable para el gastroenterólogo clínico.

En cualquier caso, lo que es indudable es que el perfil del sangrante típico que estábamos acostumbrados a ver está cambiando de manera ostensible, tal y como confirma este nuevo estudio de cohortes retrospectivo llevado a cabo en Estados Unidos entre 2002 y 2012. La tasa de hospitalización por HD alta (HDA) en Estados Unidos disminuyó en un 18% en ese período desde los 80 a los 65 casos por 100.000 habitantes. Los varones y los pacientes ≥ 85 años de edad tuvieron las tasas más elevadas, con 79 y 561 casos por 100.000 personas. La etiología más frecuente de HDA fue la úlcera péptica (UP) (49%), seguida de la gastritis (17%), esofagitis (15%), angiodisplasia (6%), Mallory-Weiss (6%), neoplasia (3%), varices esofágicas (2%) y lesión de Dieulafoy (2%). El mayor cambio en la etiología de la hemorragia se produjo en la UP y la gastritis, que se redujo en un 27 y un 46%, respectivamente ($p < 0,01$). Los mayores aumentos se registraron en neoplasia, angiodisplasia y esofagitis, en un 38, 33 y 13%, respectivamente ($p < 0,01$). La mortalidad por todas las causas de HDA disminuyó también un 27%, desde un 2,1% en 2002 a un 1,6% en 2012¹.

Hemorragia digestiva

La búsqueda de la mejor herramienta diagnóstica que nos permita predecir la evolución de la HDA sigue siendo una constante entre los investigadores. De todos los estudios presentados al respecto, quizás el más importante sea un estudio internacional multicéntrico que comparó la capacidad de 5 sistemas de puntuación para predecir el riesgo: 1, necesidad de una intervención o mortalidad hospitalaria; 2, necesidad de tratamiento endoscópico; 3, probabilidad de

resangrado a los 7 días; 4, duración de la estancia hospitalaria, y 5, mortalidad a los 30 días. El estudio incluyó 3.012 pacientes recogidos de forma prospectiva durante un período de 12 meses y se evaluaron las áreas bajo las curvas ROC, el mejor puntaje discriminativo de cada sistema, así como la sensibilidad y la especificidad para cada parámetro si el área bajo la curva superaba el valor de 0,75 (tabla 1). El estudio demostró que la escala de Glasgow-Blatchford (GB) tiene la mejor precisión para predecir la necesidad de la intervención quirúrgica o la mortalidad hospitalaria. El umbral de puntuación óptima para señalar los pacientes que pueden manejarse de manera extrahospitalaria fue un $GB \leq 1^2$.

En este sentido, otro estudio confirma que pacientes con un $GB \leq 3$ no precisan manejo endoscópico, no presentan recurrencia hemorrágica durante el ingreso o muerte como consecuencia del episodio hemorrágico³. La validación de este hallazgo se evaluó prospectivamente; se dio de alta a los pacientes con un $GB \leq 3$ y se realizó una endoscopia no urgente dentro de los 5 días hábiles siguientes. Los pacientes con un $GB > 3$ fueron ingresados y tratados de manera estándar. De 171 pacientes reclutados, el 16% (28/171) tenía $GB \leq 3$. Ningún paciente con un $score \leq 3$ experimentó un resultado adverso o precisó readmisión hospitalaria. En la endoscopia diferida, solo 1 paciente presentó una angiodisplasia gástrica no sangrante que requirió tratamiento endoscópico. Por el contrario, 118 (82,5%) pacientes con un $GB > 3$ ($n = 143$) requirieron algún tipo de intervención terapéutica, 7 pacientes precisaron readmisión por recurrencia hemorrágica y 2 pacientes fallecieron⁴.

Las escalas pronósticas mencionadas están diseñadas para predecir la mortalidad asociada a HDA, pero no hay escalas para predecir el resultado de los episodios de HD baja (HDB). Se ha de tener en cuenta que la HDB representa al menos aproximadamente el 30% de todos los episodios de hemorragia gastrointestinal (GI), lo cual sugiere la necesidad de encontrar escalas apropiadas. Un estudio multicéntrico internacional evaluó la capacidad de las escalas pronósticas diseñadas para la HDA en predecir los resultados de los pacientes que presentan HDB en forma de hematoquecia hemodinámicamente significativa. Se incluyeron 99 pacientes. En la tabla 2 se muestra el rendimiento de las diferentes escalas en predecir la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y mortalidad. De los datos obtenidos se puede inferir que las 3 escalas analizadas fueron también apropiadas para predecir la probabilidad de muerte debida al episodio de HDB, motivo por el cual los autores sugieren

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5657955>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5657955>

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