



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

Hemorragia no variceal

E. H. Barrera-Torres

Hospital México Americano

Recibido el 25 de mayo de 2015; aceptado el 24 de junio de 2015

Los indicadores de calidad relacionados con la hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) fueron publicados a principios del 2015 en un artículo conjunto entre la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal y el Colegio Americano de Gastroenterología.^{1,2} Por su destacada importancia, éstos son los puntos específicos:

Frecuencia con la cual los IBP son indicados bajo la sospecha de úlcera péptica sangrante. “Indicador Prioritario”. Frecuencia con la cual la endoscopia es realizada por un médico completamente entrenado y certificado. Frecuencia con la que se completa y documenta el examen de esófago, estómago, duodeno y retroflexión. Frecuencia con que se describe, localiza y documenta el tipo de lesión en HTDA. Frecuencia con la cual las úlceras pépticas revelan y documentan al menos uno de los estigmas de sangrado. Frecuencia con la que se realiza tratamiento endoscópico en úlceras con sangrado activo o con vaso visible no sangrante. “Indicador prioritario”. Frecuencia con que se logra hemostasia primaria en lesiones con HTDA. Frecuencia con la que se utiliza una segunda modalidad de tratamiento después de inyección de adrenalina en úlceras pépticas sangrantes.

En este año se publicó la mortalidad intrahospitalaria por HTDA de Estados Unidos en las últimas dos décadas.³ Este análisis menciona que la mortalidad ha disminuido de 4.5 a 2.1%, la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal (HTDANV) descendió de 108 a 78 casos/100,000 personas, la endoscopia terapéutica aumentó de 10 a 27% y la endoscopia temprana de 36 a 54%, y la media de estancia hospitalaria bajó de 4.5 a 2.8 días del año 1989 a 2009. No obstante,

el costo medio por hospitalización aumentó de 9,249 a 20,370 dólares y el presupuesto económico se incrementó de 3.3 a 7.6 billones del año 1989 a 2009.

El manejo clínico de la HTDANV indica el uso de escalas pronósticas que puedan diferenciar los grupos de bajo y alto riesgo, y mortalidad. El Hospital General de México presentó, en la DDW2015, un trabajo para comparar los valores de las escalas más conocidas (Glasgow-Blatchford, Rockall y AIMS65) a fin de definir cuál proporciona el mejor pronóstico en población mexicana.⁴ Estudiaron a los pacientes admitidos con HTDANV, presentación de sangrado, comorbilidad y transfusiones. Se realizó endoscopia para definir causa y tratamiento. Se consideró el alta hospitalaria por mejoría, mortalidad y supervivencia a 30 días; se calcularon con todas las escalas mencionadas. De 105 pacientes fueron 61M/44F, la edad osciló entre 58 ± 18 años. La comorbilidad más frecuente fue la diabetes seguida de la hipertensión y la estancia hospitalaria promedio fue de 6 días; 59 pacientes requirieron transfusión. El diagnóstico endoscópico más frecuente fue úlcera péptica: 48.5% de pacientes. El tiempo transcurrido entre la admisión a urgencias y la realización de la endoscopia fue de 14.95 h; la mortalidad intrahospitalaria fue de 10.4 con 84.7% de supervivencia a 30 días. Se realizó un análisis con AUROC para comparar las tres escalas, demostrando una diferencia significativa en las curvas a favor de la escala AIMS65 ($p = 0.014$). La sensibilidad y especificidad para predecir mortalidad fueron de 65 y 76% para AIMS65 y de 74 y 71% para Rockall. El grupo mexicano considera que la escala de AIMS65 tiene sensibilidad y

especificidad similares a las otras, pero resulta más fácil de usar y de recordar.

Otro grupo estudió la readmisión de emergencia por HTDA en una población de 600,000 habitantes en Suiza.⁵ Analizó expediente clínico, medicamentos, diagnóstico, tratamiento endoscópico y mortalidad intrahospitalaria en la readmisión a 30 días. Se calculó Rockall y el indicador de comorbilidad de Charlson. Fueron identificados 1,192 pacientes admitidos por HTDA, con edad promedio de 72 años, 57% masculinos. A 77% se le realizó endoscopia y a 23% terapia endoscópica; la mortalidad hospitalaria fue de 11.4%. Un total de 179 pacientes de los 1,056 (17%) fueron readmitidos dentro de los 30 siguientes días: 34/179 (19%) por resangrado, 18/179 (10%) por infección y 15/179 (8%) por razones cardiovasculares. La mortalidad intrahospitalaria fue de 9.5%. En un análisis de regresión logística, el uso de clopidogrel y un alto índice de comorbilidad de Charlson se asociaron con la readmisión de emergencia dentro de los 30 días; otras relaciones se establecieron con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus (DM) y sus complicaciones. En los pacientes sometidos a endoscopia en la primera admisión, un marcador alto de Rockall resultó el único predictor independiente para la readmisión de emergencia. En conclusión, la readmisión de emergencia en los primeros 30 días de ser dados de alta hospitalaria por HTDA se dio en uno de cinco pacientes y los predictores fueron un marcador alto de Rockall, EPOC, DM y el uso de clopidogrel.

Una de las herramientas más novedosas en el manejo de la hemorragia digestiva es el Hemospray, un polvo hemostático endoscópico. Chen y cols.⁶ demuestran en este trabajo descriptivo la experiencia con el uso del TC-325, partículas biológicamente inertes que al contacto con el líquido se vuelven coherentes y adhesivas, en la hemorragia gastrointestinal alta y baja. De julio 2011/2013 revisaron retrospectivamente a los pacientes que fueron tratados con TC-325 con los objetivos primarios de definir hemostasia inmediata, resangrado temprano (72 h) y tiempo de eliminación del TC-325. Resultados: 60 pacientes recibieron 67 tratamientos con TC-325, 21 por hemorragia alta no maligna, 19 por hemorragia alta maligna, 11 por hemorragia baja y 16 por hemorragia durante algún procedimiento. Se logró hemostasia inmediata en 66 casos (98.5%) con 6 casos (9.5%) de resangrado temprano. No se presentaron eventos adversos. No se encontró permanencia del TC-325 en los 11 pacientes que se llevaron a endoscopia de revisión, en 4 pacientes dentro de las 24 h. Concluyen que el TC-325, parece seguro y efectivo para el manejo de la hemorragia digestiva de causas variadas. El tiempo de permanencia del TC-325 es corto, con eliminación completa dentro de las 24 h después de aplicarlo.

En la DDW2015 se presentó la experiencia del uso de Hemospray en un solo hospital de 1,213 camas en el Reino Unido.⁷ Se analizó la hemostasia primaria, el rango de resangrado y la mortalidad. Resultados: Hemospray fue aplicado en 40 pacientes con HTDA aguda, con edad media de 68 años, 70% masculinos y 30% femeninos. La causa más frecuente fue úlcera péptica en 26/40 pacientes (65%), seguida de otras causas de HTDA no variceal 9/40 (22.5%) y úlceras posteriores al uso de ligas 5/40 (12.5%). Hemospray se utilizó como terapia primaria en 36/40 pacientes (90%), logrando hemostasia en 34/36 (94%). En 10%, el Hemospray fue

usado como terapia de rescate después de que el método estándar había fallado. El resangrado dentro de los 7 días ocurrió en 8% y 11% presentó resangrado a 30 días. Concluyen que el Hemospray es seguro y efectivo para lograr hemostasia inicial, ya sea como de primer uso o como rescate, como monoterapia o combo.

En el paciente con anemia por deficiencia de hierro (ADH) o hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (HGOO) se han identificado pólipos gástricos hiperplásicos (PGH) como una posible causa. Se presentó un trabajo analizando la evolución de los pacientes manejados con resección endoscópica de la mucosa (REM) con y sin cirrosis.⁸ En un estudio retrospectivo de 6 años de una sola institución se analizaron datos clínicos y niveles de Hb antes y después de la REM. Buen resultado clínico se definió como la resolución de la hemorragia por al menos 6 meses después de la REM; recurrencia se definió como el retorno de datos clínicos de hemorragia debida a PGH cualquier tiempo después del buen resultado inicial. Fueron referidos 62 pacientes con PGH para REM con un tamaño promedio de 18.7-11.1 mm. A cada paciente se le removieron de dos a tres pólipos y 34% de los individuos se identificó con cirrosis hepática. La mayoría de pacientes con cirrosis se presentó con HTD (67%), mientras que la mayoría de pacientes sin cirrosis se presentó con ADH (66%). El promedio de Hb inicial fue de 9.7 y 10.2 en cirróticos y no cirróticos, respectivamente. La técnica de la REM fue exitosa en 100%, sin eventos adversos significativos. Se logró buen resultado clínico en 79% (76%/80% cirróticos y no cirróticos). La recurrencia se observó a los 19 meses, pero fue más corta en cirróticos. En caso de recurrencia (24 pacientes) se repitió el método y 79% de ellos ya no manifestó evidencia de ADH o HGOO. Consideran que la REM es un tratamiento efectivo y seguro en PGH causantes de ADH o HGOO, en pacientes con o sin cirrosis. La recurrencia sintomática puede ser frecuente, pero repetir el manejo parece ser efectivo.

Financiamiento

No se recibió financiamiento alguno.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Rizk MK, Sawhney MS, Cohen J, et al. Quality indicators for all GI endoscopic procedures. *Gastroint Endosc* 2015; 81:3-16.
2. Park WG, Shaheen NJ, Cohen J, et al. Quality indicators for EGD. *Gastroint Endosc* 2015; 81:17-30.
3. Abougergi M, Travis A, et al. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastroint Endosc* 2015; 81:882-888.
4. Tejada R, Zárate-Guzmán AM, García-Guerrero VA, et al. Mortality Risk Assessment in Non Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Comparison between Rockall, Glasgow-Blatchford and AIMS65 Scales in Hispanic Population. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015. Tu1739.

5. Strömdahl M, Helgeson J, et al. Emergency Readmission Following Acute Upper GI Bleeding: Incidence, Predictors, and Impact on Patient Outcome. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015. 1052.
6. Chen YI, Barkun A, Nolan S. Hemostatic powder TC-325 in the management of upper and lower gastrointestinal bleeding: a two-year experience at a single institution. *Endoscopy* 2015; 47:167-171.
7. Widlak M, Wijesingh H, et al. Hemospray for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding - UK 'Real-World' Single Center Experience. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015. 182.
8. Nelson M, Grande D. Impact of Endoscopic Mucosal Resection on Gastrointestinal Blood Loss Due to Gastric Hyperplastic Polyps in Patients with and Without Cirrhosis. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015. 185.