

# Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa

MARTA GALLACH<sup>1</sup>, XAVIER CALVET<sup>2,3</sup>, ÁNGEL LANAS<sup>3,4</sup>, FAUST FEU<sup>3,5</sup>, JULIO PONCE<sup>3,6</sup>, JAVIER P. GISBERT<sup>3,7</sup>, ENRIC BRULLET<sup>2,3</sup>, PASCUAL PIÑERA<sup>8</sup>, MANUEL CASTRO<sup>3,9</sup>, CARLOS MARTÍN DE ARGILA<sup>10</sup>, ENRIQUE DOMÍNGUEZ MUÑOZ<sup>11</sup>, PEDRO ALMELA<sup>12</sup>, CÁNDIDO VILLANUEVA<sup>3,13</sup>, ÁNGEL GONZÁLEZ GALILEA<sup>14</sup>, ÁNGEL PÉREZ AISA<sup>15</sup>, PILAR GARCÍA-IGLESIAS<sup>3</sup>, EMILI GENÉ<sup>1,3</sup>, ALBERT VILLORIA<sup>2,3</sup>, ALAN BARKUN<sup>16</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, España. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, <sup>4</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza, España. <sup>5</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital La Fe, Valencia, España. <sup>7</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Madrid, España. <sup>8</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Reina Sofía, Murcia, España. <sup>9</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Ntra. Sra. De Valme, Sevilla, España. <sup>10</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>11</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España. <sup>12</sup>Servei de Digestiu, Hospital General de Castelló, España. <sup>13</sup>Servicio de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>14</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España. <sup>15</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella, España. <sup>16</sup>Division of Gastroenterology, Montreal General Hospital Site, The Mc Gill University Health Centre, Quebec, Canadá.

**CORRESPONDENCIA:** Xavier Calvet. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Sabadell. C/ Parc Tauli, s/n 08208 Sabadell Barcelona, España.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 19-2-2013

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 27-4-2013

**CONFLICTO DE INTERÉS:** Consultar la adenda al final del documento.

**AGRADECIMIENTOS:** El primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica se realizó bajo el auspicio del CIBERehd. La Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES), la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED), la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) se adhirieron y dieron soporte a las recomendaciones del consenso.

La hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV) es una emergencia médica frecuente que se asocia a una considerable morbilidad y mortalidad. En los últimos años se han producido importantes avances en el manejo de la HDANV, que han permitido disminuir la recidiva hemorrágica y la mortalidad en estos pacientes. El objetivo del presente documento es ofrecer una guía de manejo de la HDANV eminentemente práctica basada en la evidencia científica y en las recomendaciones de los recientes consensos. Los tres puntos clave del manejo de la HDANV son: a) la reanimación hemodinámica precoz y la prevención de las complicaciones de la patología cardiovascular de base, que es frecuente en pacientes con HDANV; b) el tratamiento endoscópico de las lesiones con alto riesgo de recidiva; y c) el uso de inhibidores de la bomba de protones a dosis altas pre y postendoscopia. La combinación de estas medidas permite reducir la recidiva y la mortalidad de la HDANV. [Emergencias 2013;25:472-481]

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva alta no varicosa. Gastroscopia. Endoscopia. Coagulación. Inhibidores de la bomba de protones. Recidiva. *H. pylori*. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES). AAS. Clopidogrel. Úlcera gástrica.

El 80-90% de las hemorragias digestivas altas (HDA) son de causa no varicosa, y de éstas, la causa más frecuente es la úlcera péptica<sup>1</sup>. La hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV) es uno de los motivos más frecuentes de hospitalización en aparato digestivo<sup>1</sup>. Representa una importante carga económica y asistencial<sup>2,3</sup>. En España, en el año 2000, la incidencia de hemorragia digestiva por úlcera péptica fue de 80 episodios por 100.000 habitantes/año<sup>4</sup>, con una mortalidad alrededor del 5,5% de los casos<sup>5</sup>. El coste estimado por episodio hemorrágico fue de 2.000 a 3.000 euros<sup>6</sup>.

En los últimos años se han producido importantes avances en el manejo de la HDANV que han permitido disminuir la recidiva y la mortalidad<sup>7</sup>. Recientemente, un consenso internacional<sup>3</sup> y otro nacional<sup>1</sup> han actualizado las recomendaciones sobre el manejo de la HDANV de acuerdo con la evidencia científica más reciente. Dentro de la estrategia de difusión de dichos consensos, se incluyó el desarrollo de documentos que resumieran con una orientación eminentemente clínica las recomendaciones de las conferencias de consenso a través de las sociedades participantes<sup>1-3</sup>.

El objetivo del presente documento es ofrecer una guía clínica de manejo de la HDANV basada en la evidencia científica y en las recomendaciones de los recientes consensos. En el presente documento se resumen las recomendaciones del consenso español sobre manejo de la hemorragia digestiva por úlcera péptica<sup>1</sup> (Tabla 1). Estas recomendaciones se han generalizado a la HDANV donde ha sido necesario, y se presentan de una manera cronológica y clínicamente ordenadas de acuerdo a como se aplican en la práctica clínica. Asimismo, se incluye el grado de evidencia sobre cada una de las recomendaciones de acuerdo a la clasificación GRADE (Tabla 2).

## Medidas iniciales

Las complicaciones cardiovasculares son la primera causa de mortalidad de la HDA<sup>1,8</sup>. Por este motivo, una rápida y apropiada resucitación inicial debe preceder cualquier medida diagnóstica<sup>2</sup> [grado de recomendación (GR): fuerte; calidad de evidencia (CE): moderada]. Las medidas a realizar inmediatamente tras el ingreso se resumen en la Tabla 3 y el algoritmo de la Figura 1.

### Evaluación inicial

La anamnesis inicial debe valorar a) la forma de presentación de la hemorragia –vómito en

“posos de café” o hematemesis, asociado o no a melenas–; b) signos de gravedad y repercusión hemodinámica, hematemesis masiva, sudoración fría, pérdida de conciencia (síncope o lipotimia); c) la comorbilidad, teniendo en cuenta sobre todo los antecedentes o datos clínicos indicativos de hepatopatía (los pacientes con HDA por varices esófago-gástricas requieren un manejo diferente) y los antecedentes de patología cardiovascular<sup>9</sup>; y d) el uso de antiagregantes, anticoagulantes, o de los nuevos anticoagulantes orales (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, etc.)<sup>9</sup>.

La exploración física inicial debe: a) confirmar la hemorragia mediante tacto rectal (si existen dudas en el diagnóstico y/o para confirmarlo); y en cambio, la sonda nasogástrica (SNG) raramente modifica el manejo y es muy molesta para el paciente, por ello debe utilizarse de manera muy restringida, colocarse sólo en pacientes en los que existan dudas diagnósticas<sup>2,3</sup> (GR: débil, CE: baja), retirarse tras evaluar el aspecto del aspirado gástrico, y no es recomendable realizar lavado gástrico a través de la SNG<sup>1</sup> (GR: débil, CE: baja); b) evaluar el estado hemodinámico [presión arterial sistólica (PAS) y frecuencia cardíaca (FC), así como signos de hipoperfusión periférica], además, la gravedad de la hemorragia se establece de acuerdo a estos datos (Tabla 4), la saturación de oxígeno y nivel de conciencia son también de utilidad en la evaluación inicial del paciente con HDA; y c) descartar cirrosis hepática (valorar estigmas de hepatopatía crónica y la presencia de encefalopatía y/o ascitis)<sup>9</sup>.

Tras esta evaluación inicial y una vez se ha iniciado la estabilización hemodinámica del paciente se recomienda completar la anamnesis y la exploración física. En los pacientes estables, la clasificación de Glasgow-Blatchford (Tabla 5), puede utilizarse para detectar a los pacientes candidatos a manejo ambulatorio (ver clasificación pronóstica)<sup>2</sup>.

### Maniobras de reanimación y estabilización hemodinámica

La corrección precoz de la hipotensión es la medida inicial más eficaz para reducir de manera significativa la mortalidad de la HDA<sup>1</sup> (CE: moderada, GR: fuerte).

### Manejo inicial y estabilización hemodinámica

1. Colocar 2 vías periféricas gruesas que permitan la infusión rápida de cristaloides (reposición de volemia) o derivados sanguíneos si es necesario.

2. Se obtendrá una analítica (hemograma, pruebas de coagulación, función renal e ionograma y función hepática).

**Tabla 1.** Recomendaciones del Consenso**SECCIÓN A. Manejo inicial**

- Recomendación A1: el manejo adecuado del paciente con hemorragia digestiva requiere la evaluación clínica inmediata e inicio de las maniobras de reanimación apropiadas de manera precoz.
- Recomendación A2: se recomienda el uso de escalas pronósticas como instrumento de soporte para la estratificación precoz de los pacientes en bajo y alto riesgo de recidiva hemorrágica y muerte.
- Recomendación A3: la colocación de una SNG debe limitarse a los pacientes con HDA en los que se estime que los hallazgos puedan tener valor diagnóstico o pronóstico.
- Recomendación A4: se recomienda transfundir a los pacientes con HDA y valor de hemoglobina < 7 g/dL. Se debe mantener un umbral de transfusión superior en pacientes con hemorragia activa, patología cardíaca o respiratoria grave de base.
- Recomendación A5: se recomienda corregir los trastornos de la coagulación en pacientes tratados con anticoagulantes y hemorragia aguda. Dicho tratamiento, sin embargo, no debe retrasar la endoscopia de urgencia.
- Recomendación A6: los agentes procinéticos administrados antes de la endoscopia no deben indicarse de manera sistemática. Pueden ser útiles en pacientes seleccionados para aumentar el rendimiento diagnóstico de la endoscopia de urgencias.
- Recomendación A7: los pacientes de bajo riesgo, identificados mediante criterios clínicos y endoscópicos, pueden ser dados de alta de manera precoz tras la endoscopia.
- Recomendación A8: puede considerarse el tratamiento con IBP antes de la endoscopia para reducir la frecuencia de estigmas endoscópicos de alto riesgo y, por tanto, la necesidad de terapia endoscópica, pero no debe retrasar la indicación de endoscopia precoz.

**SECCIÓN B. Tratamiento endoscópico**

- Recomendación B1: se recomienda la implantación de protocolos específicos para el manejo multidisciplinario de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Los protocolos deben incluir la disponibilidad de endoscopia urgente y de un endoscopista capacitado en técnicas de hemostasia endoscópica.
- Recomendación B2: es necesario disponer de personal de enfermería entrenado para colaborar en la realización de las endoscopias urgentes.
- Recomendación B3: se recomienda la realización de endoscopia precoz dentro de las primeras 24 horas de ingreso en los pacientes con HDA.
- Recomendación B4: el tratamiento hemostático no está indicado en pacientes con lesiones endoscópicas de bajo riesgo (úlcera limpia o mancha plana de hematina).
- Recomendación B5: cuando se detecta un coágulo adherido a la úlcera, debe aplicarse lavado con objeto de desprenderlo y realizar, si es necesario, tratamiento endoscópico de la lesión subyacente.
- Recomendación B6: en caso de que el coágulo adherido a la úlcera no se desprenda con el lavado, el tratamiento endoscópico es seguro y podrá reducir la tasa de recidiva hemorrágica. Sin embargo, actualmente no existe evidencia definitiva de que este tratamiento sea superior al tratamiento sólo con IBP a dosis altas.
- Recomendación B7: los pacientes con úlcera y sangrado activo o vaso visible no sangrante tienen indicación de tratamiento endoscópico.
- Recomendación B8: la monoterapia con inyección de adrenalina no consigue resultados óptimos; por ello, debe asociarse a un segundo método hemostático endoscópico (clips, termocoagulación o esclerosantes).
- Recomendación B9: los clips y la termocoagulación pueden utilizarse solos o en combinación con inyección de adrenalina.
- Recomendación B10: no se recomienda la realización sistemática de una segunda exploración endoscópica para revisión de resultados.
- Recomendación B11: en general, en caso de recidiva hemorrágica se recomienda un segundo intento de tratamiento endoscópico.

**SECCIÓN C. Tratamiento médico**

- Recomendación C1: no se recomienda la administración de antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> en pacientes con hemorragia digestiva alta
- Recomendación C2: el omeprazol o la somatostatina no deben administrarse de manera rutinaria en el paciente con HDA por úlcera péptica.
- Recomendación C3: en pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo la terapia endoscópica debe asociarse a la administración inicial de un bolo de IBP e infusión endovenosa continua con objeto de reducir el riesgo de recidiva hemorrágica y la mortalidad.
- Recomendación C4: tras un episodio de HDA, los pacientes deben ser dados de alta hospitalaria con tratamiento con un IBP por vía oral por un tiempo apropiado a su patología de base.

**SECCIÓN D. Manejo tras la endoscopia**

- Recomendación D1: en los pacientes con lesiones de bajo riesgo se puede iniciar alimentación tras la endoscopia.
- Recomendación D2: tras la realización de terapia endoscópica los pacientes deberían permanecer hospitalizados durante al menos 72 horas.
- Recomendación D3: los pacientes en los que fracasa el tratamiento endoscópico inicial deben ser consultados con el cirujano de manera precoz.
- Recomendación D4: en los pacientes en los que fracasa el tratamiento endoscópico, la embolización arterial por vía percutánea realizada por personal experto parece segura y puede ser eficaz para controlar la hemorragia.
- Recomendación D5: debe investigarse y tratarse la infección por *H. pylori* en los pacientes con úlcera péptica sangrante. Se debe confirmar la erradicación.
- Recomendación D6: las pruebas para *H. pylori* presentan una tasa muy elevada de resultados falsamente negativos cuando se realizan durante el episodio de hemorragia. Por tanto, dichas pruebas deben repetirse siempre que los resultados iniciales sean negativos.

**SECCIÓN E. AINE y AAS**

- Recomendación E1: en pacientes con hemorragia digestiva previa por úlcera péptica que requieren AINE, tanto el tratamiento con un AINE tradicional más IBP como la monoterapia con un inhibidor selectivo de la Cox-2 se asocian a un riesgo residual alto de recurrencia hemorrágica.
- Recomendación E2: con objeto de reducir al máximo la posibilidad de recurrencia hemorrágica, los pacientes con historia de hemorragia digestiva por úlcera péptica que requieran un AINE deben ser tratados con la combinación de un inhibidor selectivo de la COX-2 asociado a IBP.
- Recomendación E3: en los pacientes tratados con AAS a dosis bajas que desarrollan una hemorragia digestiva aguda por úlcera péptica, el AAS debe ser reinstaurado precozmente, tan pronto como se considere que el riesgo de sufrir un accidente vascular supere el riesgo de hemorragia.
- Recomendación E4: los pacientes con hemorragia digestiva previa por úlcera péptica en tratamiento con clopidogrel como terapia preventiva cardiovascular presentan un riesgo de recidiva hemorrágica netamente superior a la combinación de AAS e IBP.

HDA: hemorragia digestiva alta; SNG: sonda nasogástrica; IBP: inhibidores de la bomba de protones; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; AAS: ácido acetilsalicílico.

**Tabla 2.** Clasificación GRADE

Evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Limitación de la calidad del estudio importante (-1) o muy importante (-2)	Asociación fuerte**, sin factores de confusión, consistente y directa (+1)
Moderada		Inconsistencia importante (-1)	Asociación muy fuerte***, sin amenazas importantes a la validez (no sesgos) y evidencia directa (+2)
Baja	Estudio observacional	Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de si la evidencia es directa	Gradiente dosis respuesta (+1)
Muy baja		Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Recomendación Pacientes		Clínicos	Gestores/planificadores
Fuerte	La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Débil	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada paciente a adoptar la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

\*1: subir o bajar un nivel (p. ej., de alta a moderada); 2: subir o bajar dos niveles (p. ej., de alta a baja). \*\*Un riesgo relativo estadísticamente significativo de > 2 (< 0,5), basado en evidencias consistentes en dos o más estudios observacionales, sin factores de confusión plausibles. \*\*\*Un riesgo relativo estadísticamente significativo de > 5 (< 0,2), basado en evidencia directa y sin amenazas importantes a la validez. ECA: ensayo clínico aleatorizado.

3. Se cursará reserva de sangre (al menos 2 concentrados de hemáties).

4. Reponer la volemia con cristaloides. No hay evidencia de que los coloides sean superiores al suero fisiológico, por lo que se recomienda la utilización de este último<sup>10</sup>.

5. Indicar dieta absoluta.

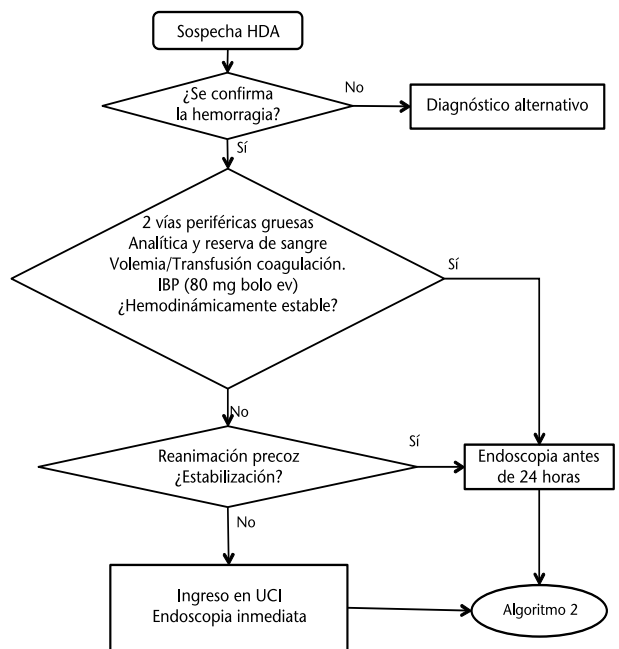
**Tabla 3.** Medidas iniciales en la hemorragia digestiva alta no varicosa (HDANV)<sup>9</sup>

Actuaciones iniciales	Anamnesis, confirmar HDANV y evaluación hemodinámica. Estratificar el riesgo de la HDA (escalas). Colocar 2 vías periféricas gruesas. Reserva de concentrados de hemáties. Análítica con pruebas de coagulación. Tacto rectal/SNG si es necesario. Reposición de la volemia. Dieta absoluta. Valorar saturación de O <sub>2</sub> . Valoración del estado de conciencia para valorar IOT.
Transfusión	Hb ≤ 7 g/dL, sin patología cardiovascular (mantener Hb entre 7 y 9 g/L). Hb ≤ 10 g/dL y patología cardiovascular (mantener Hb ≥ 10 g/dL).
Corregir trastornos de coagulación	INR supratrapéutico: corrección. INR en el rango terapéutico: no hay evidencia; se debe individualizar, pero no debe retrasar la gastroscopia*. *Hemorragia no activa: Vitamina K (2 viales e.v.). *Hemorragia activa: Vitamina K y plasma fresco congelado (10 ml/kg) o concentrado de factores protrombínicos. Dabigatran y rivaroxaban. Suspender tratamiento y sustituir por heparina de bajo peso molecular. En hemorragia grave, valorar infusión de concentrado de factores protrombínicos.

SNG: sonda nasogástrica; IOT: intubación orotraqueal.

### Criterios de transfusión

1. En pacientes con evidencia de hemorragia masiva y *shock*, el hematocrito no refleja el grado de pérdida hemática. En estos pacientes se recomienda administrar conjuntamente concentrados de hemáties y cristaloides hasta estabilizar al paciente.



**Figura 1.** Algoritmo 1: tratamiento inicial de la hemorragia digestiva alta (HDA); IBP: inhibidores de la bomba de protones; UCI: unidad de cuidados intensivos.

**Tabla 4.** Evaluación hemodinámica de la gravedad de la hemorragia digestiva alta no invasiva

Gravedad	Estado hemodinámico
Leve	PAS > 100 mmHg y FC < 100 lat/min
Grave	PAS < 100 mmHg y/o FC > 100 lat/min Signos de hipoperfusión periférica

PAS: Presión arterial sistólica; FC: frecuencia cardiaca.

2. En pacientes estables sin patología cardiovascular ni hemorragia activa, con hemoglobina igual o inferior a 7 g/dL, se recomienda transfusión para mantener la hemoglobina entre 7 y 9 g/dL. Sin embargo, en pacientes jóvenes, sin patología de base, hemodinámicamente estables y sin evidencia de sangrado activo, puede mantenerse conducta expectante con cifras de hemoglobina inferiores a 7, si la anemia está bien tolerada<sup>2,3</sup>.

3. En pacientes con patología cardiovascular y/o hemorragia activa con hemoglobina igual o inferior a 10 g/dL, se requiere realizar una transfusión para mantener la hemoglobina mayor a 10 g/dL<sup>3</sup> (GR: débil, CE: baja).

#### Corrección de los trastornos de coagulación

Se recomienda corregir los trastornos de coagulación en pacientes tratados con anticoagulantes y hemorragia aguda<sup>1</sup> (GR: fuerte, CE: baja).

Las recomendaciones para los dicumarínicos son:

1. INR con niveles supratrapéuticos: se recomienda la corrección de la coagulación hasta conseguir niveles terapéuticos incluso antes de intervenciones diagnóstico-terapéuticas como la endoscopia<sup>1,3</sup>. La corrección se realizará de manera urgente con plasma fresco congelado (10 ml/kg)

**Tabla 5.** Escala de Blatchford

Variable	Marcador de riesgo en la admisión	Puntuación
Urea sérica mmol/L	≥ 6,5 -7,9	2
	8-9,9	3
	10-24,9	4
	≥ 25	6
Hemoglobina g/dl (hombres)	≥ 12-13	1
	10-11,9	3
	< 10	6
Hemoglobina g/dl (mujeres)	≥ 10-12	1
	< 10	6
Presión arterial sistólica (mmHg)	100-109	1
	90-99	2
	< 90	3
Otros marcadores	Pulso ≥ 100	1
	Presentación con melena	1
	Presentación con síncope	2
	Enfermedad hepática	2
	Insuficiencia cardiaca	2

El punto de corte para pacientes de bajo riesgo se ha situado entre 0 y 3 puntos, en función del estudio.

o concentrado de factores protrombóticos en caso de hemorragia activa e inestabilidad hemodinámica. En caso contrario, si la hemorragia no es activa, puede administrarse vitamina K (2 viales e.v. dosis única).

2. INR en intervalo terapéutico: no hay evidencia sobre la utilidad de corregir la anticoagulación. No se han demostrado diferencias en la tasa de recidiva hemorrágica, cirugía o mortalidad de estos pacientes cuando se compara corregir con mantener la anticoagulación adecuada. En estos casos, se debe individualizar el riesgo-beneficio de suspender el tratamiento anticoagulante. En todo caso, la presencia de un INR dentro del rango terapéutico no debe retrasar la gastroscopia en fase aguda<sup>1,3</sup>. Debe valorarse el riesgo-beneficio de mantener la anticoagulación en todos los pacientes. Se recomienda, como medida general, revertir la anticoagulación con dicumarínicos y mantener dosis plenas de heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante la fase aguda de la hemorragia.

Las recomendaciones para los nuevos anticoagulantes (dabigatran, rivaroxaban, apixaban,...) son<sup>11-13</sup>:

1. En estos momentos no existe ningún antídoto específico que contrarreste el efecto de los nuevos anticoagulantes.

2. Se debe suspender el fármaco y priorizar las medidas de estabilización hemodinámica mencionadas anteriormente. Se puede considerar el uso de plasma fresco congelado, concentrados de complejo de protrombina, de factor VIIa recombinante<sup>14</sup>. Existen algunos datos experimentales y clínicos que avalan la eficacia de estos derivados sanguíneos para la reversión de los efectos de los nuevos anticoagulantes.

3. Algunos de los nuevos anticoagulantes, como el dabigatran, se eliminan por vía renal, por lo que es importante mantener una diuresis adecuada. En casos de hemorragia grave no controlada, sobre todo en pacientes con insuficiencia renal, la hemodiálisis podría resultar eficaz.

#### Tratamiento farmacológico preendoscópico

Respeto al uso de procinéticos (metoclopramida/eritromicina vía endovenosa):

1. No deben indicarse de forma sistemática antes de la gastroscopia<sup>1,2</sup>.

2. La eritromicina endovenosa podría ser útil en pacientes seleccionados –aquéllos con hemorragia masiva y aspirado hemático– para aumentar el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia urgente. La indicación más clara es previamente a



una segunda endoscopia en pacientes en los que la sangre en el estómago impidió la adecuada visualización de la lesión sangrante<sup>1,2</sup> (GR: débil, CE: moderada).

Respeto al uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) vía endovenosa (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol...):

1. Su administración endovenosa antes de la gastroscopia disminuye el sangrado activo, la necesidad de tratamiento endoscópico y la estancia media del paciente<sup>1</sup> (GR: fuerte, CE: moderada).

2. Su administración no debe retrasar la gastroscopia<sup>1</sup> (GR: fuerte, CE: moderada).

3. Es especialmente importante administrar el IBP endovenoso si se prevé que la endoscopia no se realizará de manera inmediata<sup>2</sup>.

4. La dosis inicial no está clara, dada la falta de estudios aleatorizados. La dosis recomendada es un bolo de 80 mg de IBP endovenoso.

5. La administración de un bolo de 80 mg IBP endovenoso debe seguirse de perfusión de 8 mg/h disuelto en suero fisiológico (precipita en suero glucosado). Debe cambiarse la perfusión cada 12 horas debido a la baja estabilidad de la molécula en solución. El único estudio aleatorizado utilizó esomeprazol, por lo que se desconoce si otros IBP serán igualmente eficaces<sup>2,15</sup>.

## Tratamiento endoscópico

La endoscopia permite por una parte estratificar el riesgo de la hemorragia desde el punto de vista endoscópico y por otra realizar un tratamiento de la lesión sangrante, con lo que se reduce el riesgo de recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad<sup>16,17</sup>. Se recomienda realizar una gastroscopia urgente dentro de las primeras 24 h de ingreso<sup>1,2</sup> (GR: fuerte, CE: moderada).

### *Plazos para realizar una endoscopia en la HDANV*

Si desde el punto de vista clínico, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica (Tabla 4) que sugiera que la hemorragia es grave, la gastroscopia debe realizarse en el plazo de 4-6 h<sup>1,2</sup> y siempre después de la estabilización hemodinámica del paciente. La utilidad de la endoscopia muy precoz no está demostrada<sup>18</sup>, pero parece razonable y se recomienda su realización en base a la opinión de los expertos. Consideraremos la hemorragia grave si presenta inestabilidad hemodinámica, hematemesis masiva o aspirado de abundante sangre fresca por SNG<sup>1,2</sup>.

**Tabla 6.** Clasificación de Forrest<sup>9</sup>

Clasificación	Hallazgo endoscópico
Hemorragia activa	
Ia	Hemorragia a chorro
Ib	Hemorragia en babeo
Hemorragia reciente	
IIa	Vaso visible no sangrante
IIb	Coágulo adherido
IIc	Hematina
Ausencia de signos de sangrado	
III	Base de fibrina

### *Situaciones en que debe evaluarse la demora de la endoscopia*

Debe evaluarse cuidadosamente el riesgo-beneficio y generalmente debería diferirse la gastroscopia si hay sospecha de perforación, cirugía gastrointestinal reciente o síndrome coronario agudo<sup>2</sup>. La gastroscopia en pacientes inestables hemodinámicamente o con niveles supratrapéuticos de anticoagulación comporta un alto riesgo de morbilidad y mortalidad y debe diferirse hasta que se haya estabilizado al paciente. La endoscopia en pacientes inestables debe considerarse una medida desesperada. Debe realizarse siempre bajo supervisión de un anestesista o intensivista y bajo medidas de reanimación y vigilancia intensiva.

### *Estratificación endoscópica del riesgo de recidiva hemorrágica*

La endoscopia permite estratificar el riesgo de recidiva hemorrágica en función de los estigmas endoscópicos de alto riesgo (clasificación de Forrest, Tabla 6)<sup>9,19</sup>. Los pacientes con estigmas de alto riesgo –sangrado activo, vaso visible no sangrante y coágulo adherido a la lesión (Forrest Ia y Ib, IIa y IIb, respectivamente)–, requieren tratamiento endoscópico<sup>2</sup> (GR: fuerte, CE: alta). Esto reduce la tasa de recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad. El tratamiento hemostático no está indicado en pacientes con lesiones endoscópicas de bajo riesgo<sup>1</sup> (GR: fuerte, CE: alta).

### *Tratamiento endoscópico*

El tratamiento endoscópico debe ser combinado (GR: fuerte, CE: alta) y utilizar la inyección de adrenalina asociada a una segunda técnica hemostática (inyección de alcohol o polidocanol, termocoagulación o colocación de clip metálico)<sup>17</sup>. Este segundo tratamiento endoscópico debe seleccionarse en función de la disponibilidad

y la experiencia de cada endoscopista<sup>2</sup>. El uso de clips de manera aislada podría ser también una opción aceptable.

Cuando hay un coágulo adherido a la lesión (Forrest IIb), se recomienda intentar movilizar el coágulo con irrigación con agua y tratamiento endoscópico del estigma subyacente<sup>1</sup> (GR: fuerte, CE: moderada). Si no se desprende, la necesidad de tratamiento endoscópico es controvertida. Sin embargo, la mayoría de los expertos participantes en el consenso fueron partidarios de tratamiento endoscópico también en este caso (GR: fuerte, CE: moderada).

No hace falta una gastroscopia de control –*second look*– de forma rutinaria tras el tratamiento endoscópico<sup>1</sup> (GR: débil, CE: moderada). Sólo se recomienda en aquellos casos en los que se duda de la eficacia del tratamiento endoscópico o en aquellos con alto riesgo de recidiva a criterio del médico responsable. Los factores que aumentan el riesgo de recidiva en pacientes que han recibido tratamiento endoscópico son: presentación con *shock*, hemoglobina baja con requerimiento de transfusión, hemorragia activa en la endoscopia, úlceras de diámetro superior a 2 cm y la localización de las úlceras en la curvatura menor del estómago o en la cara superior o posterior del duodeno<sup>2,20</sup>.

### Estratificación pronóstica

Los consensos recomiendan el uso de escalas pronósticas para estratificar a los pacientes en alto y bajo riesgo de recidiva y mortalidad<sup>2</sup> (GR: débil, CE: moderada). Sin embargo, no existe evidencia de que las escalas pronósticas disponibles sean superiores al juicio clínico del médico para predecir la recidiva y la mortalidad<sup>1</sup>.

La escala de Glasgow-Blatchford (Tabla 5), puede utilizarse antes de la gastroscopia. Una puntuación de 0 (paciente sin ningún signo de gravedad y sin melenas) sugiere que se puede dar el alta hospitalaria al paciente y programarle una gastroscopia ambulatoria en 24-48 horas<sup>2,21</sup>. El resto de puntuaciones requieren la práctica de una gastroscopia precoz.

Durante la gastroscopia, la presencia de estigmas de alto riesgo de acuerdo a la clasificación de Forrest predice de manera efectiva el riesgo de recidiva hemorrágica y la necesidad de tratamiento endoscópico<sup>19</sup>.

Una vez realizada la gastroscopia el índice de Rockall<sup>22</sup> es el más utilizado para evaluar el riesgo de recidiva y mortalidad<sup>2</sup> (Tabla 7).

**Tabla 7.** Índice de Rockall

Variable	Puntuación
Edad (años)	
< 60	0
60-79	1
> 80	2
Estado circulatorio	
No <i>shock</i> (PAS > 100 mmHg y FC < 100 lat/min)	0
Taquicardia (PAS > 100 mmHg y FC > 100 lat/min)	1
Hipotensión (PAS < 100 mmHg)	2
Enfermedades asociadas	
Ninguna enfermedad	0
Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca crónica, otras	2
insuficiencia renal crónica, cirrosis, neoplasia	3
Diagnóstico	
Mallory-Weiss, no lesiones, no signos de HR	0
Todos los demás diagnósticos	1
Neoplasia esofagogastroduodenal	2
Signos de HR	
No estigmas, hematina	0
Sangre fresca en estómago, HDA activa, VVNS, coágulo	2

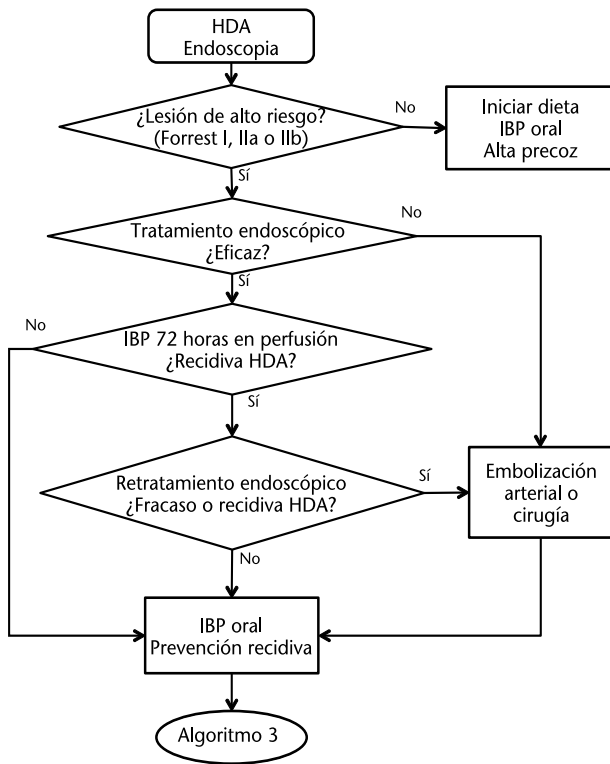
Bajo riesgo < 2 puntos\*; Intermedio 3-4 puntos; Alto ≥ 5 puntos. \*Serán de riesgo intermedio los pacientes que en la FGS no se identifica ninguna lesión y además, en el estómago hay sangre fresca o el hematocrito es < 30% o ha presentado hipotensión. HR: hemorragia reciente; HDA: hemorragia digestiva alta. PAS: presión arterial sistólica. FC: frecuencia cardíaca. VVNS: vaso visible no sangrante.

### Tratamiento farmacológico y manejo tras la gastroscopia

El manejo tras la endoscopia se resume en la Figura 2. El tratamiento de elección son los IBP. Los pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo (Forrest Ia, Ib, IIa y IIb), tras la terapia endoscópica, deben recibir, si no lo ha recibido previamente, un bolo de 80 mg de IBP –preferiblemente esomeprazol– seguido de infusión endovenosa continua (ver apartados previos) durante 72 horas<sup>1,2</sup> (GR: fuerte, CE: alta). Se mantendrán 24 horas en ayunas antes de reiniciar la dieta. Pasadas las 72 horas se puede dar el alta con un IBP cada 24 horas vía oral (GR: fuerte, CE: moderada). Se derivarán a consultas externas de digestivo para evaluar la infección por *H. pylori* y realizar tratamiento si es necesario. Los pacientes con estigmas endoscópicos de bajo riesgo (Forrest III y IIc), pueden reiniciar dieta de forma inmediata (GR: fuerte, CE: alta), recibirán IBP/24 vía oral (GR: fuerte, CE: moderada) y se puede considerar el alta precoz desde urgencias teniendo en cuenta el estado general, comorbilidad y la situación personal del paciente<sup>1,2</sup> (GR: fuerte, CE: alta). Se derivarán a consultas externas de digestivo, para evaluar la infección por *H. pylori* y realizar tratamiento si es necesario.

### Manejo de la recidiva

En caso de recidiva, está indicada una segunda gastroscopia y tratamiento endoscópico repetido<sup>1</sup>



**Figura 2.** Algoritmo 2: tratamiento tras la endoscopia. HDA: hemorragia digestiva alta; IBP: inhibidores de la bomba de protones.

(GR: fuerte, CE: moderada). Un segundo tratamiento endoscópico es igual de eficaz que la cirugía y tiene menor mortalidad<sup>23</sup> y, en consecuencia, reduce la necesidad de cirugía y el número de complicaciones<sup>2,3</sup>.

Si fracasa o no es posible un segundo tratamiento endoscópico, la angiografía con embolización selectiva es igualmente eficaz y presenta menos efectos adversos que la cirugía (GR: débil, CE: baja). Está especialmente indicada en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Si no es posible o tampoco se controla la hemorragia, la alternativa final es la cirugía. En los centros que no dispongan de radiología intervencionista, se debe realizar tratamiento quirúrgico, o plantear la necesidad de derivar al paciente a un centro que disponga de angiografía tras el fracaso de un segundo procedimiento, e individualizar el riesgo de cada paciente y en función de las características del hospital.

### Fármacos y manejo tras el tratamiento

El manejo tras el tratamiento y la prevención de la recidiva se resume en el algoritmo de la Figura 3.

### Antinflamatorios no esteroideos (AINES), ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel

La mortalidad de los pacientes con HDA y patología cardíaca asociada disminuye si se reintroduce de forma precoz la AAS a dosis bajas<sup>24</sup>, sin que se produzca un aumento significativo de la recidiva hemorrágica. El tratamiento antiagregante debe reintroducirse tan pronto como sea posible siempre que el riesgo de sufrir un evento vascular supere el riesgo de hemorragia<sup>1,3</sup> (GR: fuerte, CE: moderada). Se sabe que el riesgo cardiovascular aumenta mucho a partir de los 5 a 7 días tras la retirada de los antiagregantes plaquetarios: Por tanto, se recomienda no superar este límite<sup>2,24</sup>.

Los pacientes con historia previa de HDANV que requieran un AINE deben tratarse con un inhibidor selectivo de la COX-2 (p.ej. celecoxib) asociado a un IBP<sup>1,3</sup> (GR: fuerte, CE: moderada).

A los pacientes que toman AAS y/o clopidogrel, prasugrel o ticagrelor y que presentan una HDANV, se les debe indicar un IBP<sup>2</sup>. En pacientes con alto riesgo de recidiva, el beneficio de un IBP profiláctico supera el riesgo cardiovascular –posiblemente inexistente<sup>25</sup>– de la interacción farmacológica entre el clopidogrel y el IBP<sup>2</sup>. En todo caso, se ha demostrado que pantoprazol no presenta una interacción farmacológica significativa con clopidogrel y puede utilizarse con seguridad en pacientes que toman este fármaco<sup>26</sup>.

### Recomendaciones sobre anticoagulantes

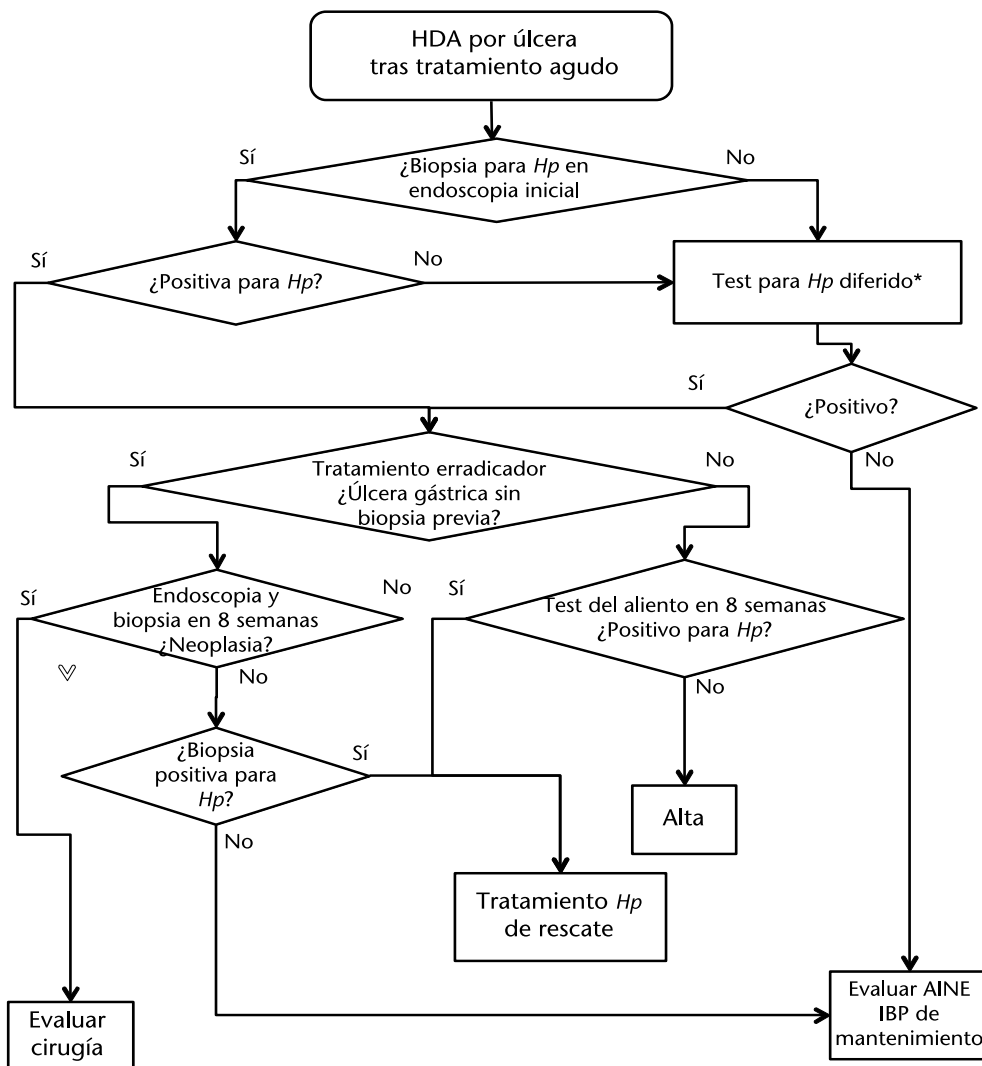
Después de la gastroscopia, la decisión de reiniciar el tratamiento anticoagulante se debe individualizar. En general, se puede considerar reiniciar la anticoagulación cuando el riesgo de eventos tromboembólicos supera el riesgo de resangrado. Esto sucede habitualmente a las pocas horas tras el tratamiento endoscópico de la lesión sangrante.

Durante el ingreso se recomienda iniciar HBPM y en casos excepcionales de muy alto riesgo de eventos tromboembólicos (por ejemplo: pacientes portadores de prótesis mitrales metálicas) utilizar heparina sódica. Se prefiere la heparina a los anticoagulantes porque el efecto anticoagulante de la heparina sódica revierte muy rápidamente al suspender la administración endovenosa. Además, en caso necesario, el efecto anticoagulante puede revertirse con sulfato de protamina. La HBPM tiene una vida media algo más larga (alrededor de 12 horas)<sup>13,27</sup>.

### *H. pylori*

En los pacientes con úlcera péptica y/o gastro-duodenitis erosiva se debe investigar la infección





**Figura 3.** Algoritmo 3: prevención de la recidiva. \*Generalmente test del aliento diferido; en pacientes con úlcera gástrica, nueva gastroscopia y biopsia para descartar neoplasia si procede. HDA: hemorragia digestiva alta; Hp: *Helicobacter pylori*; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IBP: inhibidores de la bomba de protones.

por *H. pylori* (GR: fuerte, CE: alta). Si está presente, se debe tratar y confirmar su erradicación<sup>2</sup>. Los test para *H. pylori* (ureasa, test del aliento o biopsia) realizados durante el episodio agudo presentan a menudo resultados falsamente negativos. Esto es probablemente atribuible al tratamiento con IBP administrado al ingreso y quizás a la presencia de sangre en el estómago. Por lo tanto, todo test negativo para *H. pylori*, realizado en fase aguda de la hemorragia, debe ser confirmado mediante un segundo test diferido realizado en condiciones óptimas<sup>2</sup> (GR: fuerte, CE: moderada).

#### Especificaciones de la úlcera gástrica

En pacientes con HDANV por úlcera gástrica se

recomienda gastroscopia a las 8 semanas para confirmar la cicatrización de la úlcera y tomar biopsias para descartar neoplasia.

#### Adenda

**Relación de conflictos de interés:** Pedro Almela no refiere conflictos de interés. Enric Brullet no refiere conflictos de interés. Xavier Calvet es consultor de Astra Zeneca, ha realizado ponencias para Astra Zeneca y Almirall-Prodesfarma y ha recibido becas de investigación de Astra Zeneca y Janssen-Cilag. Manuel Castro no refiere conflictos de interés. Enrique Domínguez Muñoz es consultor de Abbott y Axcam, ha realizado ponencias para Abbott, Janssen y Almirall. Faust Feu es consultor de Astra-Zeneca y ha realizado ponencias para Astra Zeneca. Marta Gallach no refiere conflictos de interés. Emili Gené no refiere conflictos de interés. Javier P. Gisbert Asesoramiento científico, soporte para investigación

y actividades formativas Almirall, Janssen-Cilag, Nycomed, Astra Zeneca y Pfizer. Ángel González Galilea ha realizado ponencias para Recordati, MENARINI y Astra Zeneca. Ángel Lanas es consultor y ha realizado ponencias para Astra Zeneca, Pfizer, Nicox y Bayer, así como ha recibido becas de investigación de Astra Zeneca y Pfizer. Carlos Martín de Argila es consultor de Astra Zeneca y Janssen, ha realizado ponencias para Astra Zeneca, Janssen y Almirall. Ángeles Pérez Aisa no refiere conflictos de interés. Pascual Piñera no refiere conflictos de interés. Julio Ponce es consultor de Astra Zeneca, ha realizado ponencias para Astra Zeneca, Pfizer y Esteve, ha recibido becas de investigación de Astra Zeneca, Janssen y Schering Plough. Candido Villanueva no refiere conflictos de interés. Albert Villoria no refiere conflictos de interés.

## Bibliografía

- Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A, y en representación del Consenso sobre hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:608-16.
- 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;10:234-9.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152:101-13.
- Pérez-Aisa MA, Del Pino D, Siles M, Lanas A. Clinical trends in ulcer diagnosis in a population with high prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:65-72.
- Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Pérez-Aisa MA, et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:1633-41.
- Vargas E, Cabrera L, Morón A, García M, Soto J, Rojas J. Severe gastrointestinal complications potentially associated with the use of non-steroidal anti-inflammatory agents: hospital treatment costs for the National Health System of our country. *An Med Interna* 2001;18:564-8.
- Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut*. 2011;60:1327-35.
- Baradaran R, Ramdhani S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivlis S, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:619-22.
- Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al; Societat Catalana de Digestologia. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:70-85.
- Perel P, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;13:6:CD000567.
- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Reilly PA, Wallentin L; Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy Investigators. Newly identified events in the RE-LY trial. *N Engl J Med*. 2010;4:363:1875-6.
- Pradaxa. Ficha técnica o resumen de las características del producto. (Consultado Agosto 2011). Disponible en: [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu).
- Kwok A, Faigel DO. Management of anticoagulation before and after gastrointestinal endoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:3085-97.
- Eerenberg ES, Kamphuisen PW, Sijpkens MK, Meijers JC, Buller HR, Levi M. Reversal of rivaroxaban and dabigatran by prothrombin complex concentrate: a randomized, placebo-controlled, crossover study in healthy subjects. *Circulation*. 2011;124:1573-9.
- Sung JJ, Barkun A, Kuipers EJ, Mössner J, Jensen DM, Stuart R, et al; Peptic Ulcer Bleed Study Group. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;150:455-64.
- Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 1992;102:139-48.
- Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology*. 2004;126:441-50.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J. How early should endoscopy be performed in suspected upper gastrointestinal bleeding? *Am J Gastroenterol*. 2012;107:328-9.
- Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet*. 1974;2:394-7.
- García-Iglesias P, Villoria A, Suárez D, Brullet E, Gallach M, Feu F, et al. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34:888-900.
- Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356:1318-21.
- Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38:316-21.
- Lau JY, Sung JJ, Lam YH, Chan AC, Ng EK, Lee DW, et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med*. 1999;340:751-6.
- Sung JJ, Lau JY, Ching JY, Wu JC, Lee YT, Chiu PW, et al. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;152:1-9.
- Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, Cohen M, Lanas A, Schnitzer TJ, et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2010;363:1909-17.
- Fontes-Carvalho R, Albuquerque A, Araújo C, Pimentel-Nunes P, Ribeiro VG. Omeprazole, but not pantoprazole, reduces the antiplatelet effect of clopidogrel: a randomized clinical crossover trial in patients after myocardial infarction evaluating the clopidogrel-PPIs drug interaction. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011;23:396-404.
- Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2\_suppl).

## Clinical practice guidelines for managing nonvariceal upper gastrointestinal bleeding

**Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Brullet E, Pinera P, Castro M, Martín de Argila C, Domínguez Muñoz E, Almela P, Villanueva C, González Galilea A, Pérez Aisa A, García-Iglesias P, Gene E, Villoria A, Barkun A**

Nonvariceal upper gastrointestinal (GI) bleeding is a common medical emergency associated with appreciable morbidity and mortality. The significant advances made in managing this condition in recent years have reduced the rates of rebleeding and mortality. These clinical guidelines for managing this emergency are intended to be highly practical, evidence-based, and take recent consensus statements into account. The 3 keys to managing nonvariceal upper GI bleeding are a) early restoration of fluids and blood pressure and the prevention of underlying cardiovascular disease, which is common in these patients; b) endoscopy to treat lesions at high risk of rebleeding; and c) medical therapy with high doses of proton pump inhibitors before and after endoscopy. These 3 measures, used in combination, reduce upper GI rebleeding and mortality rates. [Emergencias 2013;25:472-481]

**Keywords:** Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroscopy. Endoscopy. Coagulation. Proton pump inhibitors. Recurrence. *Helicobacter pylori*. Nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs). Acetylsalicylic acid (ASA). Clopidogrel. Gastric ulcer.