

# **GUIA PRÀCTICA PEL MANEIG DE L'HEMORRÀGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA (HDANV)**

**Sabadell, febrer de 2014**

**Data prevista de la propera revisió: 2018**



## **COORDINADOR**

- **Dra. Marta Gallach Montero, Servei d'Urgències**

## **AUTORS**

- Dra. Marta Gallach Montero, Servei d'Urgències
- Dr. Xavier Calvet Calvo, Servei de Digestiu
- Dr. Enric Brullet Benedi, Servei de Digestiu
- Dra. Pilar García Iglesias, Servei de Digestiu
- Dr. Emili Gené Tous, Servei d'Urgències
- Dr. Albert Villoria Ferrer, Servei de Digestiu
- Dr. Rafel Campo Fernández de los ríos, Servei de Digestiu

## **REVISORS INTERNS**

- Dra. Eva Criado Paredes, Servei de Radiologia intervencionista
- Dra. Anna Alguersuari Cabiscol, S. de Radiologia intervencionista
- Dra. Sandra Montmany Vioqué, S. de Cirurgia General i Digestiva
- Dra. Montserrat Garcia Argelaguet, Servei de Farmàcia
- Dra. M<sup>a</sup> Elena Ramila Herrero, Servei d'Hematologia

# ÍNDEX

<b>1. INTRODUCCIÓ</b>	5
<b>2. OBJECTIU</b>	5
<b>3. ASPECTES CLÍNICS COBERTS PER EL DOCUMENT</b>	5
<b>4. CRITERIS D'INCLUSIÓ</b>	5
<b>5. CRITERIS D'EXCLUSIÓ</b>	5
<b>6. USUARIS DIANA DE LA GUIA</b>	5
<b>7. METODOLOGIA DE LA GUIA</b>	6
<b>8. INDICADORS PER EL MONITORATGE DE SEGUIMENT DEL DOCUMENT</b>	6
<b>9. PROTOCOL</b>	6
<b>1. Mesures inicials</b>	6
<b>1.1. Avaluació inicial</b>	7
<b>1.2. Maniobres de reanimació i estabilització hemodinàmica</b>	8
<b>1.2.1. Maneig inicial i estabilització hemodinàmica</b>	8
<b>1.2.2. Criteris de Transfusió</b>	8
<b>1.2.3. Correcció dels trastorns de coagulació</b>	8
<b>1.3. Tractament farmacològic pre-endoscòpic</b>	10
<b>2. Tractament Endoscòpic</b>	10
<b>2.1. Terminis per realitzar una endoscòpia a la HDANV</b>	11
<b>2.2. Situacions en les quals cal avaluar la demora de l'endoscòpia</b>	11
<b>2.3. Estratificació endoscòpica del risc de recidiva hemorràgica</b>	11
<b>2.4. Tractament endoscòpic</b>	11
<b>3. Estratificació pronòstica</b>	12
<b>4. Tractament farmacològic i maneig després de la gastroscòpia</b>	13
<b>5. Maneig de la recidiva</b>	13
<b>6. Fàrmacs i maneig després del tractament</b>	14
<b>6.1. AINES, AAS, i Clopidogrel</b>	14
<b>6.2. Recomanacions sobre anticoagulants</b>	15
<b>6.3. <i>H. Pylori</i></b>	15
<b>6.4. Especificacions de l'úlcerà gàstrica</b>	16
<b>7. Algoritmes</b>	17
<b>Algoritme 1. Tractament inicial de la HDA</b>	17
<b>Algoritme 2. Tractament després de l'endoscòpia</b>	18
<b>Algoritme 3. Prevenció de la recidiva</b>	19
<b>10. BIBLIOGRAFIA</b>	20
<b>11. DOCUMENTACIÓ ANNEXA</b>	24
<b>Annex1. Classificació de GRADE</b>	24
<b>Annex 2. Escala de Blatchford</b>	27
<b>Annex 3. Índex de Rockall</b>	28
<b>Taula 1. Recomanacions del Consens</b>	29
<b>Taula 2. Mesures inicials den la HDANV</b>	34
<b>Taula 3. Avaluació hemodinàmica de la gravetat de la HDANV</b>	35
<b>Taula 4. Classificació de Forrest</b>	36

## 1. INTRODUCCIÓ

---

El 80-90% de les hemorràgies digestives altes (HDA) són per causa no varicosa, i d'aquestes, la causa més freqüent és l'úlcer a pèptica<sup>1</sup>. L'hemorràgia digestiva alta no varicosa (HDANV) és una de les causes més freqüents d'hospitalització en Aparell Digestiu<sup>1</sup>. Representa una important càrrega econòmica i assistencial<sup>2,3</sup>. A Espanya, al llarg de l'any 2000, la incidència d'hemorràgia digestiva per úlcer a pèptica va ser de 80 episodis per 100.000 habitants/any□, amb un mortalitat al voltant del 5,5% dels casos□. El cost estimat per episodi hemorràgic fou de 2000 a 3000 euros□.

En els últims anys s'han produït importants avanços en el maneig de la HDANV, que han permès disminuir la recidiva i la mortalitat□. Recentment, un consens internacional<sup>3</sup> i un altre de nacional<sup>1</sup> han actualitzat les recomanacions sobre el maneig de la HDANV d'acord amb l'evidència científica més recent. Dins de l'estratègia de difusió d'aquests consensos, s'inclou el desenvolupament de documents que resumeixin, amb una orientació eminentment clínica, les recomanacions de les conferències de consens a través de les societats participants<sup>1-3</sup>.

## 2. OBJECTIU

---

L'objectiu del present document és oferir una guia clínica de maneig de la HDANV basada en l'evidència científica i en les recomanacions dels consensos recents.

## 3. ASPECTES CLÍNICS COBERTS PER EL DOCUMENT

---

Maneig del pacient amb hemorràgia digestiva alta no varicosa

## 4. CRITERIS D'INCLUSIÓ

---

Pacient amb hemorràgia digestiva alta no varicosa que consulti al nostre centre

## 5. CRITERIS D'EXCLUSIÓ

---

Pacients amb hemorràgia digestiva alta per hipertensió portal (varicosa)

## 6. USUARIS DIANA DE LA GUIA

---

A tots aquells metges que hagin de tractar als pacients amb HDANV tan des de la fase més inicial a urgències, com ja durant l'ingrés a la sala d'hospitalització convencional.

## 7. METODOLOGIA DE LA GUIA

---

En el present document es resumeixen les recomanacions del consens espanyol sobre el maneig de l'hemorràgia digestiva per úlcera pèptica<sup>1</sup> (Taula 1). Aquestes recomanacions s'han generalitzat a la HDANV on ha estat necessari, i es presenten d'una manera cronològica i clínicament ordenades tal i com s'apliquen en la pràctica clínica. També s'inclou el grau d'evidència sobre cada una de les recomanacions d'acord amb la classificació GRADE (Annex 1).

## 8. INDICADORS PER EL MONITORATGE DE SEGUIMENT DEL DOCUMENT

---

Es preveu fer una revisió continuada de la guia per part de l'equip de professionals implicats habitualment en el seguiment d'aquests pacients, i que són responsables d'assegurar-se que es dugui a terme d'una manera segura i eficaç.

Si no hi ha canvis importants es farà una revisió/actualització de la guia cada 4 anys. Quan hi hagi una modificació significativa es crearà una nova versió i es proposarà al Comitè de Guies Clíniques.

D'altra banda, s'intentarà donar coneixement de la mateixa a tot el personal sanitari implicat en el maneig d'aquests pacients, mitjançant sessions que facilitin la difusió dels coneixements que integren la guia.

Pensem que la implantació de la guia perquè tot el personal implicat la pugui conèixer i aplicar pot ser d'uns sis a dotze mesos, des de la seva publicació a la Intranet de la nostra institució.

A partir d'aquí, es pot valorar si el seu ús és adequat mitjançant la revisió bianual d'històries a l'atzar on el diagnòstic principal o secundari sigui hemorràgia digestiva alta no varicosa, per valorar si la implantació ha estat adequada.

Els paràmetres que es poden valorar en el moment de revisar una història clínica són:

- Administració del tractament específic (IBP) davant la sospita d'HDA no varicosa.
- Realització de gastroscòpia en les primeres 24h després del diagnòstic de l'hemorràgia.

## 9. PROTOCOL

---

### 1. Mesures inicials

Les compilacions cardiovasculars són la primera causa de mortalitat de la HDA<sup>1</sup>. Per aquest motiu una ràpida i apropiada ressuscitació inicial cal que precedeixi qualsevol mesura diagnòstica<sup>2</sup> (*Grau de Recomanació (GR): Fort, Qualitat d'Evidència (CE): Moderada*). Les mesures a realitzar immediatament després de l'ingrés es resumeixen en la taula 2 i en l'algoritme 1.

#### 1.1. Avaluació inicial

##### **L'anamnesi inicial ha de:**

- a. Valorar la forma de presentació de l'hemorràgia – vòmit en “pòsit de cafè” o hematèmesi, associada o no a melenes-.
- b. Senyals de gravetat i repercussió hemodinàmica – hematèmesi massiva, sudoració freda, pèrdua de consciència (síncope o lipotímia).
- c. Valorar la comorbiditat tenint en compte sobretot els antecedents o dades clíniques suggestives d'hepatopatia (els pacients amb HDA per varius esofago-gàstriques requereixen un maneig diferent) i els antecedents de patologia cardiovascular.
- d. Interrogar sobre l'ús d'antiagregants o anticoagulants incloent els nous anticoagulants orals (dabigatran y rivaroxaban).

##### **L'exploració física inicial ha de:**

- a. Confirmar l'hemorràgia:
  1. Tacte rectal (si existeixen dubtes en el diagnòstic i/o per confirmar-lo).
  2. La sonda nasogàstrica (SNG) rarament modifica el maneig i és molt molesta pel pacient. Per això cal utilitzar-la de manera molt restringida i col·locar-la només en pacients en els que existeixin dubtes diagnòstics<sup>2,3</sup>. (*GR: Dèbil, CE: Baixa*). En qualsevol cas la SNG s'ha de retirar després d'avaluar l'aspecte de l'aspiració gàstrica. No és recomanable realitzar la rentada d'estómac a través de la SNG. <sup>1</sup> (*GR: Dèbil, CE: Baixa*).
- b. Avaluar l'estat hemodinàmic: tensió arterial sistòlica (TAS) i freqüència cardíaca (FC), així com també signes d'hipoperfusió perifèrica. La gravetat de l'hemorràgia s'estableix d'acord amb aquestes dades (Taula 3). La saturació d'oxigen i el nivell de

consciència són també d'utilitat en l'avaluació inicial del pacient amb HDA.

- c. Descartar cirrosi hepàtica (valorar estigmes d'hepatopatia crònica i la presència d'encefalopatia o d'ascites) □.

Després de l'avaluació inicial i un cop s'ha iniciat l'estabilització hemodinàmica del pacient es recomana completar l'anamnesi i l'exploració física.

## 1.2. Maniobres de reanimació i estabilització hemodinàmica

La correcció precoç de la hipotensió és la mesura inicial més eficaç per reduir de manera significativa la mortalitat de la HDA<sup>1</sup>. (CE: Moderada, GR: Fort).

### 1.2.1. Maneig inicial i estabilització hemodinàmica

1. Col·locar 2 vies perifèriques gruixudes que permetin la infusió ràpida de cristal·loides (reposició de volèmia) o derivats sanguinis si és necessari.
2. S'obtindrà una analítica (hemograma, proves de coagulació, funció renal, ionograma i funció hepàtica).
3. Sang en reserva (com a mínim 2 concentrats d'hematies).
4. Reposar la volèmia amb cristal·loides. No hi ha evidència que els col·loides siguin superiors al sèrum fisiològic, per tant es recomana l'ús d'aquest últim.
5. Indicar dieta absoluta.

### 1.2.2. Criteris de transfusió

1. En pacients amb evidència d'hemorràgia massiva i "shock", l'hematòcrit no reflecteix el grau de pèrdua hemàtica. En aquests pacients es recomana administrar-los conjuntament concentrats d'hematies i cristal·loides fins a estabilitzar-los.
2. En pacients estables sense patologia cardiovascular ni hemorràgia activa, amb hemoglobina  $\leq 7$ g/dL es recomana transfusió per mantenir l'hemoglobina entre 7 i 9 g/dL. Tanmateix, en pacients joves, sense patologia de base, hemodinàmicament estables i sense evidència de sagnat actiu, pot mantenir-se una conducta expectant amb xifres d'hemoglobina inferiors a 7, si l'anèmia és ben tolerada.<sup>2,3</sup>
3. En pacients amb patologia cardiovascular i/o hemorràgia activa amb hemoglobina  $< 10$  g/dL es requereix transfusió per mantenir l'hemoglobina  $> 10$  g/dL<sup>3</sup> (GR: Dèbil, CE: Baixa).

### 1.2.3. Correcció dels trastorns de coagulació

Es recomana corregir els trastorns de coagulació en pacients tractats amb anticoagulants i hemorràgia aguda<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Baixa).

#### **Dicumarínics:**

- *INR amb nivells supra-terapèutics:* es recomana la correcció de la coagulació fins i tot abans d'intervencions diagnòstic-terapèutiques com l'endoscòpia<sup>1,3</sup> i l'arteriografia +/- embolització. La correcció es realitzarà de forma urgent amb concentrat de factors protrombínics en cas d'hemorràgia activa i inestabilitat hemodinàmica. Les dosis de complex protrombínic són les indicades a la fitxa tècnica (depenent del pes del pacient i de l'INR inicial que es vol corregir); a més, s'ha d'administrar vitamina K (1 ampolla ev). En cas contrari, si l'hemorràgia no és activa s'administra només Vitamina K (2 vials e.v. dosi única).
- *INR en interval terapèutic:* no hi ha evidència sobre la utilitat de corregir l'anticoagulació. No s'han demostrat diferències en la taxa de recidiva hemorràgica, cirurgia o mortalitat d'aquests pacients quan es compara corregir amb mantenir l'anticoagulació adequada. En aquests casos, s'ha d'individualitzar el risc-benefici de suspendre el tractament anticoagulant. En qualsevol cas, la presència d'un INR dins del rang terapèutic no ha de retardar la gastroscòpia en fase aguda<sup>1,3</sup>.

Cal valorar el risc-benefici de mantenir l'anticoagulació en tots els pacients. Es recomana, com a mesura general, revertir l'anticoagulació amb dicumarínics mantenint dosis d'heparina de baix pes molecular, en funció de la gravetat de l'hemorràgia i considerant el risc tromboembòlic del pacient durant la fase aguda de l'hemorràgia.

*Les recomanacions pels nous anticoagulants (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban ,...) són<sup>11-13</sup>:*

- En aquests moments no existeix cap antídote específic que contraresti l'efecte dels nous anticoagulants.
- S'ha de suspendre el fàrmac i prioritzar les mesures d'estabilització hemodinàmica mencionades anteriorment. Es pot considerar l'ús de plasma fresc congelat, concentrats de complex de protrombina, de factor VIIa recombinant<sup>1</sup>□.



Existeixen algunes dades experimentals i clíniques que avalen l'eficàcia d'aquests derivats sanguinis per la reversió dels efectes dels nous anticoagulants.

- Alguns dels nous anticoagulants, com el dabigatran, s'eliminen per via renal, per la qual cosa és important mantenir una diuresi adequada. En casos d'hemorràgia greu no controlada, sobretot en pacients amb insuficiència renal, l'hemodiàlisi podria resultar eficaç.

### 1.3. Tractament farmacològic pre-endoscòpic

#### Procinètics (metoclopramida / eritromicina via endovenosa):

- No s'han d'indicar de forma sistemàtica abans de la gastroscòpia<sup>1,2</sup>.
- L'eritromicina endovenosa podria ser útil en pacients seleccionats – aquells amb hemorràgia massiva i aspirat hemàtic – per tal d'augmentar el rendiment diagnòstic de la gastroscòpia urgent. La indicació més clara és prèviament a una segona endoscòpia en pacients en els quals la sang de l'estómac impedeix l'adequada visualització de la lesió sagnant<sup>1,2</sup> (GR: Dèbil, CE: Moderada).

#### Inhibidors de la bomba de protons (IBP) via endovenosa (Omeoprazol, Pantoprazol, Esomeprazol...):

- La seva administració endovenosa abans de la gastroscòpia disminueix el sagnat actiu i, per tant, la necessitat de tractament endoscòpic i l'estada mitjana del pacient<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Moderada).
- La seva administració no ha de retardar la gastroscòpia<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Moderada).
- És especialment important administrar l'IBP endovenós si es preveu que l'endoscòpia no es realitzarà de manera immediata<sup>2</sup>.
- La dosi inicial no està clara, donada la falta d'estudis aleatoritzats. La dosi recomanada és un bol de 80 mg d'IBP endovenós.
- L'administració d'un bol de 80 mg IPB endovenós seguit de perfusió de 8 mg/h dissolt en sèrum fisiològic (precipita en sèrum glucosat). Cal canviar la perfusió cada 12 hores degut a la baixa estabilitat de la molècula en solució. En l'únic estudi aleatoritzat es va utilitzar esomeprazol, conseqüentment es desconeix si els altres IBP menys potents seran eficaços de la mateixa manera<sup>2,1</sup>□.

## 2. Tractament Endoscòpic

L'endoscòpia permet per una banda estratificar el risc de l'hemorràgia des del punt de vista endoscòpic i per l'altra realitzar el tractament de la lesió sagnant, amb el qual es redueix el risc de recidiva, la necessitat de cirurgia i la mortalitat<sup>1</sup>□<sup>1</sup>□. Es recomana realitzar una gastroscòpia urgent durant les primeres 24 hores d'ingrés<sup>1'2</sup> (*GR: Fort, CE: Moderada*).

### 2.1. Terminis per realitzar una endoscòpia a la HDANV

Si des del punt de vista clínic, el pacient presenta inestabilitat hemodinàmica (Taula 3) que suggereix que l'hemorràgia és greu, la gastroscòpia s'ha de realitzar en el termini de 4-6 hores<sup>1'2</sup> i sempre després de l'estabilització hemodinàmica del pacient. La utilitat de l'endoscòpia precoç no està demostrada<sup>1</sup>□ però sembla raonable i es recomana la seva realització en base a la opinió dels experts. Considerem l'hemorràgia greu si presenta inestabilitat hemodinàmica, hematèmesi massiva o aspirat d'abundant sang fresca per SNG<sup>1'2</sup>.

### 2.2. Situacions en les quals cal avaluar la demora de l'endoscòpia

Cal avaluar curosament el risc-benefici i generalment caldria diferir-se la gastroscòpia si hi ha sospita de perforació, cirurgia gastrointestinal recent o síndrome coronari agut<sup>2</sup>.

La gastroscòpia en pacients inestables hemodinàmicament o amb nivells supratrapèutics d'anticoagulació, comporta un risc alt de morbiditat i mortalitat i cal diferir-se fins que s'hagi estabilitzat el pacient. L'endoscòpia en pacients inestables s'ha de considerar una mesura desesperada. Cal realitzar-la sempre sota supervisió d'un anestesista o intensivista i sota mesures de reanimació i vigilància intensiva.

### 2.3. Estratificació endoscòpica del risc de recidiva hemorràgica

L'endoscòpia permet estratificar el risc de recidiva hemorràgica en funció dels estigmes endoscòpics d'alt risc (Classificació de Forrest, Taula 4)□<sup>1</sup>□. Els pacients amb estigmes d'alt risc – sagnat actiu, vas visible no sagnant i coàgul adherit a la lesió (Forrest Ia i Ib, IIa i IIb, respectivament) - requereixen tractament endoscòpic<sup>2</sup> (*GR: Fort, CE: Alta*). Això redueix la taxa de recidiva, la necessitat de cirurgia i

la mortalitat. El tractament hemostàtic no està indicat en pacients amb lesions endoscòpiques de baix risc<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Alta).

## 2.4. Tractament endoscòpic

El tractament endoscòpic cal combinar-lo (GR: Fort, CE: Alta) utilitzant la injecció d'adrenalina associada a una segona tècnica hemostàtica (injecció d'alcohol o polidocanol, termocoagulació o col·locació de clip metàl·lic)<sup>1</sup>□. Aquest segon tractament endoscòpic cal seleccionar-lo en funció de la disponibilitat i l'experiència de cada endoscòpia<sup>2</sup>. L'ús de clips de manera aïllada podria ser també una opció acceptable.

Quan hi ha un coàgul adherit a la lesió (Forrest IIb), es recomana intentar mobilitzar el coàgul amb irrigació amb aigua i tractament endoscòpic de l'estigma subjacent<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Moderada). Si no es desprèn, la necessitat de tractament endoscòpic és controvertida. Tanmateix, la majoria dels experts participants en el consens van ser partidaris del tractament endoscòpic també en aquest cas (GR: Fort, CE: Moderada).

No fa falta una gastroscòpia de control – “second look”- de forma rutinària després del tractament endoscòpic<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Moderada). Només es recomana en aquells casos en els quals es dubta de l'eficàcia del tractament endoscòpic o en aquells amb un alt risc de recidiva segons el criteri del metge responsable.

Els factors que augmenten el risc de recidiva en pacients que han rebut tractament endoscòpic són: presentació amb “shock”, hemoglobina baixa que requereix transfusió, hemorràgia activa en l'endoscòpia, úlceres de diàmetre superior a 2 cm, i la localització de les úlceres en la curvatura menor de l'estómac o en la cara superior o posterior del duodè<sup>2,2</sup>□.

## 3. Estratificació pronòstica

Els consensos recomanen l'ús d'escala pronòstica per estratificar als pacients en alt i baix risc de recidiva i mortalitat<sup>2</sup> (GR: Dèbil, CE: Moderada). No obstant, no existeix evidència que les escales pronòstiques disponibles siguin superiors al judici clínic del metge per pronosticar la recidiva i la mortalitat<sup>1</sup>.

L'escala de Glasgow-Blatchford (Annex 2) pot utilitzar-se abans de la gastroscòpia. Una puntuació de 0 (pacient sense cap indici de gravetat i sense melenes) suggereix que es pot donar d'alta al pacient programant una gastroscòpia ambulatoria en 24-48 hores<sup>2,2,1</sup>. La resta de puntuacions requereixen gastroscòpia precoç.

Durant la gastroscòpia, la presència d'estigmes d'alt risc d'acord amb la classificació de Forrest (Taula 4) prediu de manera efectiva el risc de recidiva hemorràgica i la necessitat de tractament endoscòpic<sup>1</sup>□.

Una vegada realitzada la gastroscòpia l'índex de Rockall<sup>22</sup> és el més utilitzat per avaluar el risc de recidiva i mortalitat<sup>2</sup> (Annex 3).

#### 4. Tractament farmacològic i maneig després de la gastroscòpia

El maneig després de l'endoscòpia es resumeix en l'Algoritme 2.

- El tractament d'elecció són els IBP.
- Els pacients amb estigmes endoscòpics d'alt risc (Forrest Ia, Ib, Ila i I Ib), després de la teràpia endoscòpica, cal que rebin – si no ho han rebut prèviament – un bol de 80 mg d'esomeprazol seguit d'infusió endovenosa contínua (veure apartats anterior) durant 72 hores<sup>1'2</sup> (GR: Fort, CE: Alta). Es mantindran 24 hores en dejuni abans de reiniciar la dieta. Passades les 72 hores es poden donar d'alta amb un IBP cada 24 hores via oral (GR: Fort, CE: Moderada). Es derivaran a consultes externes de Digestiu per avaluar la infecció per *H. Pylori* i realitzar tractament si és necessari.
- Els pacients amb estigmes endoscòpics de baix risc (Forrest III i IIc), poden reiniciar dieta de manera immediata (GR: Fort, CE: Alta), rebran IPB/24 via oral (GR: Fort, CE: Moderada) i es pot considerar alta precoç des d'urgències tenint en compte l'estat general, comorbiditat i la situació personal del pacient<sup>1'2</sup> (GR: Fort, CE: Alta). Es derivaran a consultes externes de Digestiu per avaluar la infecció per *H. Pylori* i realitzar tractament si és necessari.

#### 5. Maneig de la Recidiva

En cas de recidiva, està indicada una segona gastroscòpia i tractament endoscòpic repetit<sup>1</sup> (GR: Fort, CE: Moderada). Un segon tractament endoscòpic és igual d'eficaç que la cirurgia i té menor mortalitat<sup>23</sup> i, conseqüentment, redueix la necessitat de cirurgia i el nombre de complicacions.

Si fracassa o no és possible un segon tractament endoscòpic, l'angiografia amb embolització selectiva és igualment eficaç i presenta menys efectes adversos que la cirurgia (GR: Dèbil, CE: Baixa). Està especialment indicada en pacients d'alt risc quirúrgic. L'eficàcia del tractament mitjançant arteriografia i la cirurgia són

similars, però la morbiditat de l'embolització arterial és menor. Està indicat realitzar un angio-TC previ a l'embolització. L'angiografia i l'embolització en general s'haurien de considerar en aquells casos en els quals el sagnat és identificat a l'angio-TC; en cas contrari la probabilitat de detectar el focus de sagnat per arteriografia és baix. Quan l'arteriografia no detecta sagnat actiu, si es coneix la localització de la lesió o el sagnat (per endoscòpia prèvia, angio-TC, etc), és possible realitzar amb seguretat una embolització dels troncs arterials implicats, típicament l'artèria gàstrica esquerra i la gastroduodenal.

L'embolització en la HDA controla inicialment el sagnat en 89-98% dels casos. L'hemostàsia a llarg termini varia segons les sèries entre un 52% i un 94% (70-80% en la majoria dels estudis). En els últims anys, gràcies a la introducció de nous materials i a la utilització de microcatèters coaxials, es pot arribar a artèries perifèriques d'un calibre molt petit. Això augmenta l'eficàcia i disminueix el risc de complicacions, en especial d'isquèmia o d'infart. En els estudis més recents, la taxa de complicacions és molt baixa, i les complicacions són majoritàriament lleus i transitòries.

La complicació més freqüent de l'embolització és la isquèmia gastroduodenal que és més freqüent en pacients intervinguts prèviament de cirurgia gastroduodenal o en pacients sotmesos a radioteràpia. Tot i així, l'arteriografia no està totalment contraindicada en aquests pacients.

Si no és possible o tampoc es controla l'hemorràgia, l'alternativa final és la cirurgia. En situacions on el sagnat és massiu pot ser preferible el tractament quirúrgic perquè aquest controla el sagnat més ràpidament<sup>2</sup>. En els centres que no disposin de radiologia intervencionista cal que realitzin tractament quirúrgic, o plantegin la necessitat de derivar el pacient a un centre que disposi d'angiografia després del fracàs d'un segon procediment, individualitzant el risc de cada pacient i en funció de les característiques de l'hospital.

## 6. Fàrmacs i maneig després del tractament

El maneig després del tractament i la prevenció de la recidiva es resumeix en l'Algoritme 3. L'Annex 4 mostra un resum del maneig de la HDANV.

### 6.1. AINES, AAS i Clopidogrel

- La mortalitat dels pacients amb HDA i patologia cardíaca associada disminueix si es reintrodueix de manera precoç l'AAS a dosis baixes<sup>2</sup>, sense que es produeixi un augment significatiu de la recidiva hemorràgica.

- MEI tractament antiagregant cal reintroduir-se tan aviat com sigui possible sempre que el risc de patir un event vascular superi el risc d'hemorràgia<sup>1,3</sup> (*GR: Fort, CE: Moderada*). Se sap que el risc cardiovascular augmenta molt a partir dels 5 a 7 dies després de la retirada dels antiagregants plaquetaris. Per tant, es recomana no superar aquest límit<sup>2,2</sup>□.
- Els pacients amb història prèvia de HDANV que requereixin un AINE, cal que siguin tractats amb un inhibidor selectiu de la COX-2 (p.ex. Celecoxib) associat a un IBP<sup>1,3</sup>(*GR: Fort, CE: Moderada*).
- Als pacients que prenen AAS i/o clopidogrel, prasugrel o ticagrelor i que presenten una HDANV, cal que se'ls hi indiqui un IBP<sup>2</sup>. En pacients amb alt risc de recidiva, el benefici d'un IBP profilàctic supera el risc cardiovascular – possiblement inexistent<sup>32</sup> - de la interacció farmacològica entre el clopidogrel i l'IBP<sup>2</sup>. En tot cas, s'ha demostrat que el pantoprazol no presenta una interacció farmacològica significativa amb clopidogrel i es pot utilitzar amb seguretat en pacients que prenen aquest fàrmac<sup>33</sup>.

## 6.2. Recomanacions sobre anticoagulants

- Després de la gastroscòpia la decisió de reiniciar el tractament anticoagulant s'ha d'individualitzar. En general, es pot considerar reiniciar l'anticoagulació quan el risc de fenòmens tromboembòlics supera el risc de resagnat. Això succeeix habitualment poques hores després del tractament endoscòpic de la lesió sagnant.
- Durant l'ingrés es recomana iniciar heparina de baix pes molecular i en casos excepcionals de molt alt risc de fenòmens tromboembòlics (per exemple: pacients portadors de pròtesis mitrals metàl·liques) utilitzar heparina sòdica. Es prefereix l'heparina en comptes dels anticoagulants, perquè l'efecte anticoagulant de l'heparina sòdica reverteix molt ràpidament quan es suspèn l'administració endovenosa. L'heparina de baix pes molecular té una vida mitja una mica més llarga (al voltant de 12 hores). En cas necessari, l'efecte anticoagulant pot revertir-se amb sulfat de protamina<sup>13,34</sup> (la dosi habitual és de 50 mg ev) tot i que cal tenir en compte que reverteix completament l'efecte de l'heparina sòdica, però no el reverteix completament en el cas de la heparina de baix pes molecular.

### 6.3. *H. Pylori*

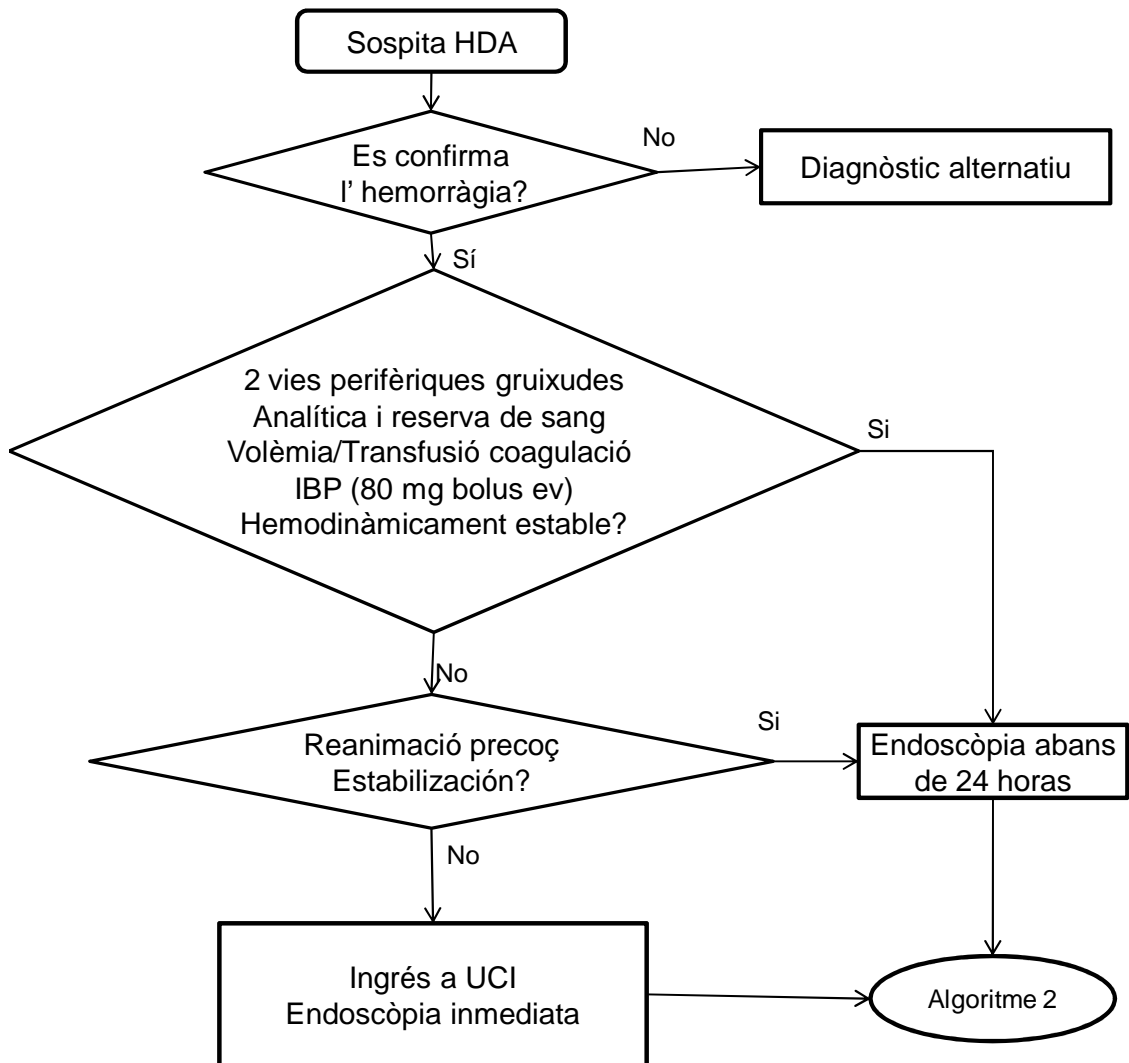
- En els pacients amb úlcera pèptica i/o gastroduodenitis erosiva cal investigar la infecció per *H. Pylori* (GR: Fort, CE: Alt). Si hi és present, cal tractar i confirmar la seva eradicació.
- Els testos per *H. Pylori* (ureasa, test de l'alè i biòpsia) realitzats durant l'episodi agut presenten sovint resultats falsament negatius. Això és probablement atribuïble al tractament amb IBP administrat a l'ingrés i potser a la presència de sang a l'estómac. Per tant, tot test negatiu per *H. Pylori*, realitzat en la fase aguda de l'hemorràgia cal que sigui confirmat mitjançant un segon test diferit realitzat en condicions òptimes<sup>2</sup> (GR: Fort, CE: Moderada).

### 6.4. Especificacions de l'úlcera gàstrica

En pacients amb HDANV per úlcera gàstrica es recomana gastroscòpia a les 8 setmanes per confirmar la cicatrització de l'úlcera i fer biòpsies per descartar neoplàsia.

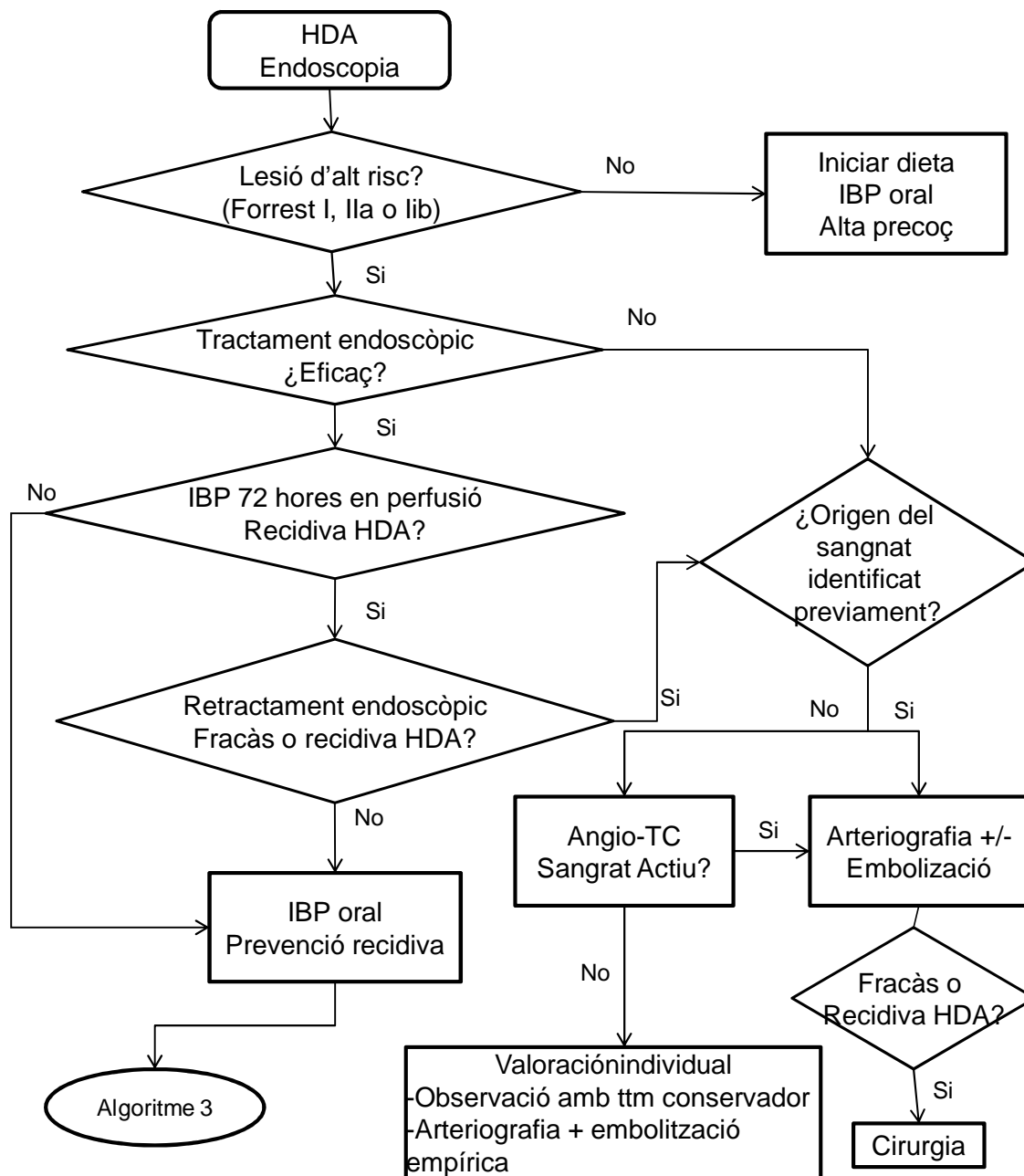
## 7. Algoritmes

### Algoritme 1. Tractament inicial de la HDA

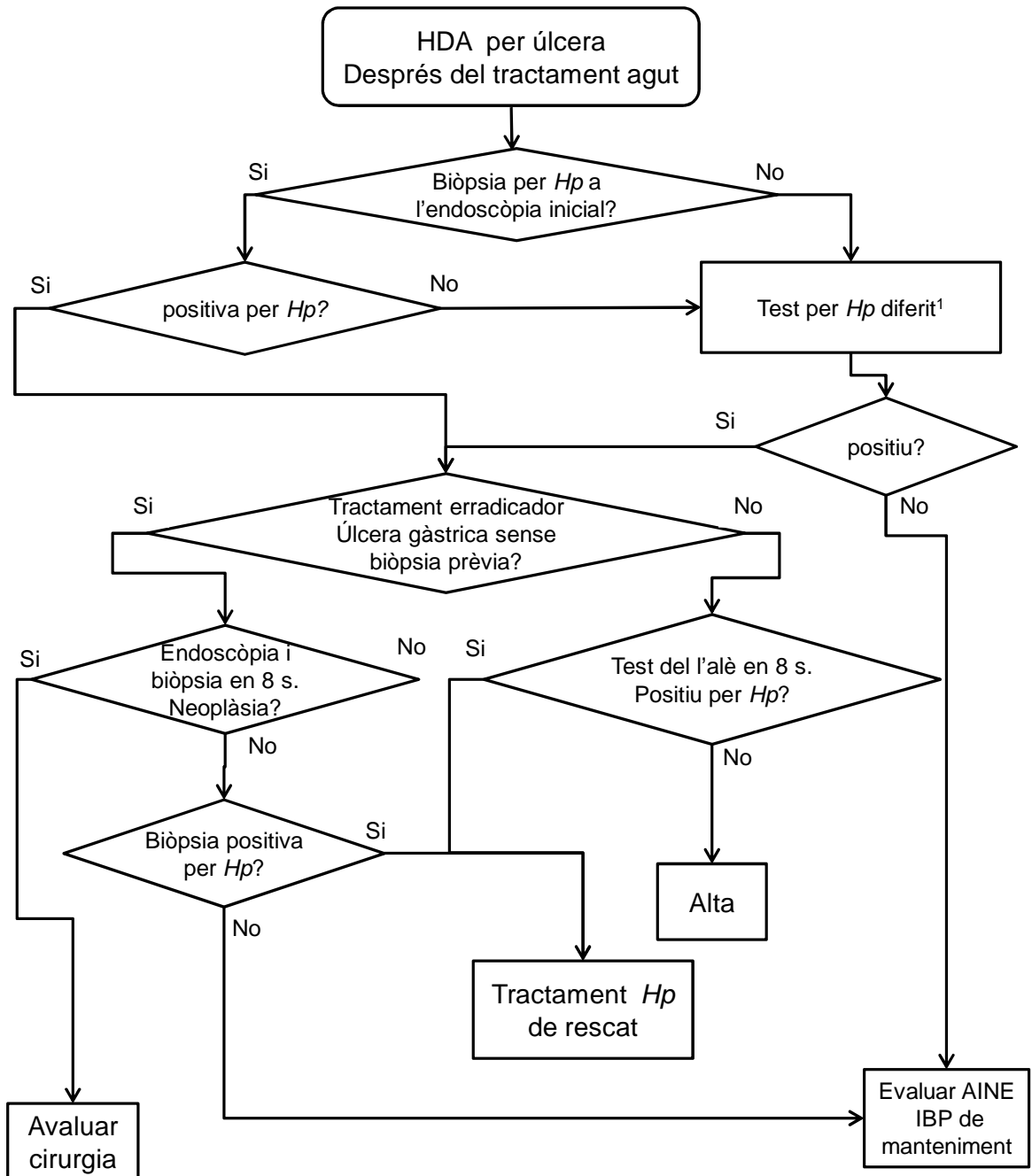




## Algoritme 2. Tractament després de l'endoscòpia



# Algoritme 3. Prevenció de la recidiva



<sup>1</sup>Generalment test de l'alè diferit: en pacients amb úlcera gàstrica gastroscòpia i biòpsia per descartar neoplàsia si procedeix. Hp: *Helicobacter pylori*

## 10. BIBLIOGRAFIA

---

1. 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.
2. Greenspoon J, Barkun A, Bardou M, Chiba N, LeontiadisGI, Marshall JK, Metz DC, Romagnuolo J, Sung J; International Consensus on Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012; 10:234-9.
3. Barkun AN, Bardou M, KuipersEJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010; 152:101-13.
4. 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.
5. Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA, Perez-Gisbert J, Bujanda L, Castro M, Muñoz M, Rodrigo L, Calvet X, Del-Pino D, Garcia S. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104:1633-41.
6. Vargas E, Cabrera L, Morón A, García M, Soto J, Rejas 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.
7. 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.
8. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivilis S, Remus K, Mayer I, Iswara K, Tenner S. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99:619-22.
9. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, Panadès A, Saló J, Saperas E, Villanueva C, Planas R; Societat Catalana de

*Digestologia. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. GastroenterolHepatol. 2003; 26:70-85.*

10. Perel P, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev. 2012; 13;6:CD000567.*

11. 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.*

12. Pradaxa. Ficha técnica o resumen de las características del producto. Agosto 2011. Disponible en: [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu).

13. Kwok A, Faigel DO. Management of anticoagulation before and after gastrointestinal endoscopy. *Am J Gastroenterol.2009; 104:3085-97.*

14. Eerenberg ES, Kamphuisen PW, Sijpkens MK, MeijersJC, BullerHR, 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.*

15. Sung JJ, Barkun A, KuipersEJ, Mössner J, Jensen DM, Stuart R, Lau JY, Ahlbom H, Kilhamn J, Lind T; Peptic Ulcer Bleed Study Group. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med. 2009; 150:455-64.*

16. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology 1992;102:139-48.*

17. 1: Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert JP, Campo R. Addition of a secondendoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome inhigh-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology. 2004; 126:441-50.*

18. Barkun AN, Bardou M, KuipersEJ, Sung J. How early should endoscopy be performed in suspected upper gastrointestinal bleeding? *Am J Gastroenterol. 2012;107:328-9.*

19. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet 1974; 2: 394-397.*

20. García-Iglesias P, Villoria A, Suarez D, Brullet E, Gallach M, Feu F, Gisbert JP, Barkun A, Calvet X. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther. 2011; 34:888-900.*

21. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet 2000; 356: 1318-21.*

22. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut 1996; 38: 316-21.*

23. Lau JY, Sung JJ, Lam YH, Chan AC, Ng EK, Lee DW, Chan FK, Suen RC, Chung SC. 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.
24. Loffroy R, Guiu B, D'Athis P, Mezzetta L, Gagnaire A, Jouve JL, et al. Arterial embolotherapy for endoscopically unmanageable acute gastroduodenal hemorrhage: predictors of early rebleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7:515-523
25. Loffroy R, Rao P, Ota S, De Lin M, Kwak BK, Geschwind JF. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2010;33:1088-1100
26. Burke SJ, Golzarian J, Weldon D, Sun S. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Eur Radiol.* 2007;17:1714-1726.
27. D'Othee BJ, Surapaneni P, Rabkin D, Nasser I, Clouse M. Microcoil embolization for acute lower gastrointestinal bleeding. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2006;29:49-58.
28. Defreyne L, Vanlangenhove P, DeVos M, Pattyn P, van Maele G, Decruyenaere J, Troisi R, Kunnen M. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage. *Radiology.* 2001;218:739-748
29. Shin J. Recent update of embolization of upper gastrointestinal tract bleeding. *Korean J Radiol* 2012;13(Suppl 1):S31-S39.
30. Loffroy R, Rao P, Ota S, De Lin M, Kwak B, Geschwind J. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010;33:1088-1100.
31. Sung JJ, Lau JY, ChingJY, Wu JC, Lee YT, Chiu PW, Leung VK, Wong VW, Chan FK. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010; 152:1-9.
32. Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, Cohen M, Lanos A, SchnitzerTJ, et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. *N Engl J Med* 2010; 363:1909-17.
33. 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.

34. *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST* | February 2012; 141(2\_suppl).

## 11. DOCUMENTACIÓ ANNEXA

### Annex 1. Classificació GRADE.

#### A) Avaluació de la qualitat de l'evidència.

Qualitat de l'evidència	Disseny d'estudi	Disminuir si*	Augmentar si*
<b>Alta</b>	<b>ECA</b>	<b>Limitació de la qualitat</b> de l'estudi important <b>(-1)</b> o molt important <b>(-2)</b> <b>Inconsistència</b> important <b>(-1)</b> Alguna <b>(-1)</b> o gran <b>(-2)</b> incertesa sobre si l' <b>evidència</b> és <b>directa</b> Dades escasses o imprecises <b>(-1)</b> Alta probabilitat de biaix de notificació <b>(-1)</b>	Associació forta**, sense factors de confusió, consistent i directa <b>(+1)</b> Associació molt forta***, sense amenaces importants a la validesa (no biaixos) i evidència directa <b>(+2)</b> Gradient dosi resposta <b>(+1)</b> <b>Tots els possibles factors de confusió podrien haver reduït l'efecte observat (+1)</b>
Moderada			
Baixa	<b>Estudi observacional</b>		
Molt baixa			

\* 1: pujar o baixar un nivell (p. ex., d'alta a moderada); 2: pujar o

baixar dos nivells (p. ex., d'alta a baixa);

\*\* un risc relatiu estadísticament significatiu de  $> 2$  ( $< 0,5$ ), basat en evidències consistents en dos o més estudis observacionals, sense factors de confusió plausibles.

\*\*\* un risc relatiu estadísticament significatiu de  $> 5$  ( $< 0,2$ ), basat en evidència directa i sense amenaces importants en la validesa.

ECA: assaig clínic aleatoritzat.

### B) Força de la recomanació

	Pacients	Clínic	Gestors/planificadors
Fort	<b>La immensa majoria de les persones estarien d'acord amb l'acció recomanada i únicament una petita part no hi estarien</b>	<b>La majoria dels pacients haurien de rebre la intervenció recomanada.</b>	<b>La recomanació pot ser adoptada com a política sanitària en la majoria de les situacions</b>
Dèbil	<b>La majoria de les persones estarien d'acord amb l'acció</b>	<b>Reconeix que diferents opcions seran apropiades per diferents pacients i</b>	<b>Existeix la necessitat d'un debat important i la participació dels grups d'interès</b>



	<b>recomana da però un nombre important d'elles no.</b>	<b>que el professional sanitari ha d' ajudar a cada pacient a adoptar la decisió més consistent amb els seus valors i preferències.</b>	
--	---	---	--

*Annex 2: Escala de Blatchford*

<b>Variable</b>	<b>Marcador de risc en l'admissió</b>	<b>Puntuació</b>
<b>Urea sèrica mmol/L</b>	<b>≥6.5 -7.9</b>	<b>2</b>
	<b>8-9.9</b>	<b>3</b>
	<b>10-24.9</b>	<b>4</b>
	<b>≥25</b>	<b>6</b>
<b>Hemoglobina g/dl(homes)</b>	<b>≥12 -13</b>	<b>1</b>
	<b>10-11.9</b>	<b>3</b>
	<b>&lt;10</b>	<b>6</b>
<b>Hemoglobina g/dl(dones)</b>	<b>≥10-12</b>	<b>1</b>
	<b>&lt;10</b>	<b>6</b>
<b>Pressió arterial sistòlica (mmHg)</b>	<b>100-109</b>	<b>1</b>
	<b>90-99</b>	<b>2</b>
	<b>&lt;90</b>	<b>3</b>
<b>Altres marcadors</b>	<b>Pols ≥ 100</b>	<b>1</b>
	<b>Presentació amb melena</b>	<b>1</b>
	<b>Presentació amb síncope</b>	<b>2</b>
	<b>Malaltia hepàtica</b>	<b>2</b>
	<b>Insuficiència cardíaca</b>	<b>2</b>

El punt de tall per pacients de baix risc s'ha situat entre 0 i 3 punts, en funció de l'estudi.

### Annex 3. Índex de Rockall

Variable	Puntuació
<i>Edat (anys)</i>	
< 60	0
60-79	1
>80	2
<i>Estat circulatori</i>	
No shock (TAS > 100 y FC < 100)	0
Taquicàrdia (TAS > 100 y FC > 100)	1
Hipotensió (TAS < 100)	2
<i>Malalties associades</i>	
Cap malaltia	0
Cardiopatia isquèmica, ICC, altres	2
IRC, cirrosi, neoplàsia	3
<i>Diagnòstic</i>	
Mallory-Weiss, no lesions, No signes d'HR	0
Tots els altres diagnòstics	1
Neoplàsia esofago-gastroduodenal	2
<i>Signes d'hemorràgia recent (HR)</i>	
No estigmes, Hematina	0
Sang fresca a estómac, HDA activa, VVNS, coàgul	2

Baix risc < 2 punts \*; Intermedi 3-4 punts; Alto ≥ 5 punts

\*Seran de risc intermedi els pacients que en la FGS no s'identifica cap lesió i, a més, a l'estómac hi ha sang fresca o l'hematòcrit és < 30% o ha presentat hipotensió.

## Taules

### TAULA 1. Recomanacions del Consens.

#### **SECCIÓ A: Maneig inicial.**

*Recomanació A1: El maneig adequat del pacient amb hemorràgia digestiva requereix l'avaluació clínica immediata i inici de les maniobres de reanimació apropiades de manera precoç.*

*Recomanació A2: Es recomana l'ús d'escales pronòstiques com a instrument de suport per l'estratificació precoç dels pacients en baix i alt risc de recidiva hemorràgica i mort.*

*Recomanació A3: La col·locació d'una sonda nasogàstrica s'ha de limitar als pacients amb hemorràgia digestiva alta en els que s'estima que les troballes puguin tenir valor diagnòstic o pronòstic.*

*Recomanació A4: Es recomana transfondre als pacients amb hemorràgia digestiva alta i nivell d'Hb < 70 g/dL. Cal mantenir un llindar de transfusió superior en pacients amb hemorràgia activa, patologia cardíaca o respiratòria greu de base.*

*Recomanació A5: Es recomana corregir els trastorns de la coagulació en pacients tractats amb anticoagulants i hemorràgia aguda. Aquest tractament, però, no ha de retardar l'endoscòpia d'urgència.*

*Recomanació A6: Els agents procinètics administrats abans de l'endoscòpia no han d'indicar-se de manera sistemàtica. Poden ser útils en pacients seleccionats per tal d'augmentar el rendiment diagnòstic de l'endoscòpia d'urgències.*

*Recomanació A7: Els pacients de baix risc, identificats mitjançant criteris clínics i endoscòpics, poden ser donats d'alta de manera precoç després de l'endoscòpia.*

*Recomanació A8: Pot considerar-se el tractament amb IBP abans de l'endoscòpia per reduir la freqüència d'estigmes endoscòpics d'alt risc i, per tant, la necessitat de teràpia endoscòpica, però no ha de retardar la indicació d'endoscòpia precoç.*

## **SECCIÓ B: Tractament endoscòpic.**

*Recomanació B1: Es recomana la implantació de protocols específics pel maneig multidisciplinar de l'hemorràgia digestiva per úlcera pèptica. Els protocols han d'incloure la disponibilitat d'endoscòpia urgent i d'un endoscopista capacitat en tècniques d'hemostàsia endoscòpica.*

*Recomanació B2: És necessari disposar de personal d'infermeria entrenat per col·laborar en la realització de les endoscòpies urgents.*

*Recomanació B3: Es recomana la realització d'endoscòpia precoç dins de les primeres 24 hores d'ingrés en els pacients amb hemorràgia digestiva alta.*

*Recomanació B4: El tractament hemostàtic no està indicat en pacients amb lesions endoscòpiques de baix risc (úlcera neta o taca plana d'hematina).*

*Recomanació B5: Quan es detecta un coàgul adherit a l'úlcera, cal netejar amb l'objectiu de desprendre'l i realitzar, si és necessari, tractament endoscòpic de la lesió subjacent.*

*Recomanació B6: En cas que el coàgul adherit a l'úlcera no es desprengui, el tractament endoscòpic és segur i podria reduir la taxa de recidiva hemorràgica. No obstant, actualment no existeix evidència definitiva que aquest tractament sigui superior al tractament només amb IBP a dosis altes.*

*Recomanació B7: Els pacients amb úlcera i sagnat actiu o vas visible no sagnant tenen indicació de tractament endoscòpic.*

*Recomanació B8: La monoteràpia amb injecció d'adrenalina no aconsegueix resultats òptims; per això, cal associar-la a un segon mètode hemostàtic endoscòpic (clips, termocoagulació o esclerosants).*

*Recomanació B9: Els clips i la termocoagulació poden utilitzar-se sols o en combinació amb injecció d'adrenalina.*

*Recomanació B10: No es recomana la realització sistemàtica de "second look" endoscòpic.*

*Recomanació B11: En general, en cas de recidiva hemorràgica es recomana un segon intent de tractament endoscòpic.*

### **SECCIÓ C: Tractament mèdic.**

*Recomanació C1: No es recomana l'administració d'antagonistes dels receptors H2 en pacients amb hemorràgia digestiva alta.*

*Recomanació C2: L'octreótida o la somatostatina no han d'administrar-se de manera rutinària en el pacient amb hemorràgia digestiva alta per úlcera pèptica.*

*Recomanació C3: En pacients amb estigmes endoscòpics d'alt risc la teràpia endoscòpica cal que sigui associada a l'administració inicial d'un bol d'IBP i infusió endovenosa continua a fi de reduir el risc de recidiva hemorràgica i la mortalitat.*

*Recomanació C4: Després d'un episodi d'hemorràgia digestiva alta, els pacients han de ser donats d'alta hospitalària amb tractament amb un IBP per via oral durant un temps apropiat a la seva patologia de base.*

## **SECCIÓ D. Maneig després de l'endoscòpia**

*Recomanació D1: En els pacients amb lesions de baix risc es pot iniciar alimentació després de l'endoscòpia.*

*Recomanació D2: Després de la realització de teràpia endoscòpica els pacients haurien de romandre hospitalitzats durant almenys 72 hores.*

*Recomanació D3: Els pacients en els que fracassa el tractament endoscòpic inicial han de ser valorats pel cirurgià de manera precoç.*

*Recomanació D4: En els pacients en els que fracassa el tractament endoscòpic, l'embolització arterial per via percutània realitzada per personal expert sembla segura y pot ser eficaç per controlar l'hemorràgia.*

*Recomanació D5: S'ha d'investigar i tractar la infecció per H. Pylori en els pacients amb úlcera pèptica sagnant. S'ha de confirmar l'eradicació.*

*Recomanació D6: Les proves per H. Pylori presenten una taxa molt elevada de resultats falsament negatius quan es realitzen durant l'episodi d'hemorràgia. Per tant, aquestes proves han de repetir-se sempre que els resultats inicials siguin negatius.*

## **SECCIÓ E. AINE i AAS**

*Recomanació E1: En pacients amb hemorràgia digestiva prèvia per úlcera pèptica que requereixin AINE, tant el tractament amb un AINE tradicional més IBP com la monoteràpia amb un inhibidor selectiu de la Cox-2 s'associen a un risc residual alt de recurrència hemorràgica.*

*Recomanació E2: A fi de reduir al màxim la possibilitat de recurrència hemorràgica, els pacients amb història d'hemorràgia digestiva per úlcera pèptica que requereixin un AINE, han de ser tractats amb la combinació d'un inhibidor selectiu de la Cox-2 associat a IBP.*

*Recomanació E3: En els pacients tractats amb àcid acetilsalicílic a dosis baixes que desenvolupen una hemorràgia digestiva aguda per úlcera pèptica, l'àcid acetilsalicílic ha de ser reinstaurat precoçment, tan aviat com*

*es consideri que el risc de patir un accident vascular superi el risc d'hemorràgia.*

*Recomanació E4: Els pacients amb hemorràgia digestiva prèvia per úlcera pèptica en tractament amb clopidogrel com a teràpia preventiva cardiovascular, presenten un risc de recidiva hemorràgica net superior a la combinació d'àcid acetilsalicílic i IBP.*



TAULA 2. Mesures inicials en la HDANV<sup>9</sup>.

<p>Actuacions inicials</p>	<p>Anamnesi, confirmar HDANV i avaluació hemodinàmica</p> <p>Estratificar el risc de la HDA (Escala)</p> <p>Col·locar 2 vies perifèriques gruixudes</p> <p>Reserva de concentrats d'hematies</p> <p>Analítica amb proves de coagulació</p> <p>Tacte Rectal/SNG si és necessari</p> <p>Reposició de la volèmia</p> <p>Dieta absoluta</p> <p>Valorar saturació d'oxigen</p> <p>Valoració de l'estat de consciència per valorar IOT</p>
<p>Transfusió</p>	<p>Hb ≤ 7 g/dL, sense patologia cardiovascular (mantenir Hb entre 7 i 9 g/L).</p> <p>Hb ≤ 10 g/dL i patologia cardiovascular (mantenir Hb ≥ 10 g/dL).</p>
<p>Corregir trastorns de coagulació</p>	<p>INR supraterapèutic: correcció</p> <p>INR en el rang terapèutic: no hi ha evidència; s'ha d'individualitzar, però no s'ha de retardar la gastroscòpia*.</p> <p>*Hemorràgia no activa: Vitamina K 2 vials ev.</p> <p>*Hemorràgia activa: Vitamina K i Plasma fresc congelat (10ml/kg) o concentrat de factors protrombínics.</p> <p>Dabigatran i Rivaroxaban. Suspendre tractament i substituir per Heparina de baix pes molecular. En hemorràgia greu valorar infusió de concentrat de factors protrombínics.</p>

TAULA 3. Avaluació hemodinàmica de la gravetat de la HDANV

Gravetat de la HDANV	Estat hemodinàmic
Lleu	TAS > 100 mmHg/ FC < 100 lat/min
Greu	TAS < 100 mmHg/o FC > 100 lat/min Signes d'hipoperfusió perifèrica

TAULA 4. Classificació de Forrest<sup>9</sup>.

Classificació de Forrest	Troballa endoscòpica
<i>Hemorràgia activa</i>	
Ia	Hemorràgia en jet
Ib	Hemorràgia en baveig
<i>Hemorràgia recent</i>	
IIa	Vas visible no sagnant (VVNS)
IIb	Coàgul adherit
IIc	Hematina
<i>Absència de signes de sagnat</i>	
III	Base de fibrina

