

Conclusión

Josep M. Piqué

Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

En los dos capítulos anteriores los autores nos han proporcionado una extensa información acerca de las ventajas de utilizar antisecretores, y particularmente inhibidores de la bomba de protones (IBP), en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta en sus dos alternativas: la de administrarlos a todos los pacientes con hemorragia digestiva alta desde el mismo momento del ingreso sin conocer el origen de la hemorragia y sin haber aplicado ningún otro tratamiento hemostático, o bien la de indicarlos sólo en los pacientes que han sido tratados endoscópicamente y en los cuales concurren factores de riesgo para la recidiva hemorrágica tras este tratamiento. Para las dos opciones de tratamiento disponemos de estudios que han probado, de alguna forma, su eficacia. En la primera, la eficacia se ha probado en la reducción de los signos de sangrado reciente cuando se realiza la endoscopia, pero no sobre la recidiva hemorrágica o la mortalidad^{1,2}. En la segunda, sí que hay demostración de reducción de la recidiva hemorrágica en el subgrupo de pacientes en los que se aplica, pero tampoco se han demostrado efectos significativos sobre la mortalidad^{3,4}.

En estas circunstancias en las cuales hay ciertas evidencias de eficacia para una u otra estrategia, la conclusión debería extraerse de estudios de coste-efectividad. Sin embargo, dichos estudios son muy difíciles de llevar a cabo por la heterogeneidad de la organización alrededor de la hemorragia digestiva presente en los distintos hospitales donde se han llevado a cabo los estudios, y porque los costes de esta enfermedad difieren mucho según la organización y de los costes de los tratamientos endoscópicos y quirúrgicos en cada país.

Como en la mayoría de ocasiones, las decisiones clínicas ligadas a la evidencia científica hay que llevarlas a la práctica con un notable esfuerzo de adaptabilidad a las circunstancias del medio donde pretendemos implantarlas. Atendiendo a este razonamiento, quizás la conclusión

sobre este dilema sería que en los hospitales donde hay una infraestructura amplia y ágil que permite evaluar al paciente con prontitud y practicar la endoscopia en un plazo corto (siempre menos de 24 h y preferiblemente dentro de las primeras 4-6 h tras el ingreso), y por medio de un endoscopista experto que puede aplicar con garantías un tratamiento hemostático transendoscópico en caso de ser necesario, no parece razonable indicar de forma indiscriminada a todos los pacientes un tratamiento con IBP desde el ingreso y antes de la endoscopia. En estos casos, tras un pronto y efectivo tratamiento endoscópico, debería iniciarse la administración de IBP i.v. tan sólo en los casos en que hay riesgo de recidiva hemorrágica, es decir, los que han presentado shock o hipotensión manifiesta, los que presentaban hemorragia activa o vaso visible en el momento de la endoscopia, los que tienen una lesión ulcerosa de 1,5 cm o superior, los que la lesión ulcerosa está ubicada en la cara posterior del duodeno, o los casos en que por cualquier causa el endoscopista considera que el procedimiento hemostático transendoscópico no ha sido totalmente satisfactorio, lo que a veces ocurre en las úlceras subcardiales, en las que el procedimiento terapéutico es a veces difícil de llevar a cabo⁵. Por el contrario, en los hospitales donde la disponibilidad de un endoscopista experto no es tan amplia y sólo se dispone de una organización de guardias localizables con dificultades para afrontar el tratamiento terapéutico endoscópico precoz, la administración de IBP en todos los pacientes y desde el mismo momento del ingreso parece una actitud razonable a la espera de tener la información endoscópica y el eventual tratamiento hemostático transendoscópico si es necesario. Tras esta exploración, se puede decidir si se continúa con la administración de IBP i.v. o ésta se interrumpe en función del hallazgo de una lesión y signos de sangrado con baja probabilidad de recidiva. En este caso, sin embargo, deberá continuarse con IBP por vía oral para proseguir con el proceso de cicatrización de la lesión ulcerosa y proceder posteriormente a realizar un tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* en caso de estar presente esta infección.

Independientemente de cuándo y en qué pacientes con hemorragia digestiva alta se administra IBP i.v., una

Correspondencia: J.M. Piqué.
Servicio de Gastroenterología.
Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmpique@clinic.ub.es

cuestión crítica es la dosis y la forma de administración del fármaco. Hay evidencias de que a partir de un pH > 6 en la luz gástrica se producen una menor desagregación de las plaquetas, y ello favorece la estabilización del coágulo formado en una lesión sangrante⁶. Por tanto, un objetivo del tratamiento con IBP es conseguir un pH gástrico de esta magnitud de forma estable al menos en las primeras 72 h de hospitalización. Con una única dosis de IBP al día, el pH gástrico que se consigue durante 24 h no supera la cifra de 4⁷. Por el contrario, la dosificación con bolos de 80 mg de omeprazol seguido de una dosis de 40 mg cada 12 h consigue un pH alrededor de 6, y una dosificación de un bolo de 80 mg seguido de una perfusión continua de 8 mg/h de omeprazol consigue pH estables > 6 durante las 24 h⁸. Por tanto, esta última dosificación parece la más idónea para el objetivo propuesto. Un estudio evaluó el resultado clínico de estas dos dosificaciones en la hemorragia digestiva alta⁸. Aunque ambas pautas fueron significativamente superiores a placebo en cuanto a recidiva hemorrágica, necesidad de cirugía y estancia hospitalaria⁸, estos parámetros no fueron significativamente diferentes cuando se compararon las dos pautas de tratamiento.

Aunque se ha sugerido un efecto beneficioso del uso de omeprazol por vía oral sobre la recidiva hemorrágica, hay que señalar que ello sólo se ha comprobado en un estudio aleatorizado realizado en la India⁹, un área geográfica donde la población tiene un perfil de metabolización de los IBP distinto al descrito en la población occidental¹⁰. En resumen, podríamos aconsejar que en los hospitales donde se disponga de la posibilidad de realizar una endoscopia diagnóstica y terapéutica en las primeras horas de hospitalización, la administración de IBP debería limitarse a los pacientes que han precisado tratamiento hemostático transendoscópico, mientras que en los hospitales sin esta disponibilidad puede ser aconsejable iniciar el tratamiento desde el ingreso, a la espera de la exploración

endoscópica, y sólo continuar con el tratamiento en el caso de precisar tratamiento endoscópico. En cualquier caso, la dosis recomendada es la de un bolo inicial de 80 mg seguido de una perfusión de 8 mg/h.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, Howden CW, Moayyedi P, Forman D. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;4:CD005415.
2. Lau JY, Leung WK, Wu JCY, Chan FKL, Wong VWS, Chiu PWY, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* 2007;356:1631-40.
3. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CV. Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;1:CD002094.
4. Andriulli A, Annese V, Caruso N, Pilotto A, Acadia L, Niro AG, et al. Proton-pump inhibitors and outcome of endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers: a series of meta-analyses. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:207-19.
5. Feu F, Brullet E, Calvet J, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:70-85.
6. Green FW, Kaplan MM, Curtis LE, Levine PH. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology.* 1978;74:38-43.
7. Wilder-Smith CH, Rohss K, Bondarov P, Hallerback B, Svedberg LE, Ahlbom H. Esomeprazole 40 mg i.v. provides faster and more effective intragastric acid control than pantoprazole 40 mg i.v.: results of a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:1099-104.
8. Hung WK, Li WK, Chung CK, Ying MW, Loo CK, Liu CK, et al. Randomized trial comparing pantoprazole infusion, bolus and no treatment on gastric pH and recurrent bleeding in peptic ulcers. *ANZ J Surg.* 2007;77:677-81.
9. Khuroo MS, Yattoo GN, Javid G, Khan BA, Shah AA, Gulzar GM, et al. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med.* 1997;336:1054-8.
10. Panchabhai TS, Noronha SF, Davis S, Shinde VM, Kshirsagar NA, Gogtay NJ. Evaluation of the activity of CYP2C19 in Gujarati and Marwadi subjects living in Mumbai (Bombay). *BMC Clin Pharmacol.* 2006;6:8.