



EDITORIAL

¿Sonda nasogástrica en el paciente con hemorragia digestiva alta?



Nasogastric intubation in patients with upper gastrointestinal bleeding?

Dos de las principales indicaciones de la sonda nasogástrica (SNG) son el diagnóstico y el manejo clínico del paciente con hemorragia digestiva alta (HDA). La SNG –junto con la colocación de 2 vías periféricas, la extracción de una analítica o la reserva de sangre– es un procedimiento habitual en el manejo inicial del paciente que acude al Servicio de Urgencias (SU) por una HDA¹.

No obstante, sobre la base de la evidencia científica disponible en la actualidad, la necesidad de colocar una SNG es controvertida¹⁻³. De hecho, la SNG aporta poca información que permita cambiar la actuación en los SU y no está exenta de complicaciones⁴⁻⁶. La colocación de una SNG ha llegado a ser considerada como un elemento de tortura moderna por algunos autores que ponen en duda sus indicaciones⁷. Los datos en contra del uso de la SNG son los siguientes:

Desde el punto de vista del diagnóstico, la colocación de una SNG no nos ayudará para poder aclarar las dudas que tengamos. En primer lugar, en caso de sangrado activo, la SNG permite detectar la HDA que tiene su origen en el estómago pero no necesariamente detecta la HDA que se origina en el duodeno (principal localización de las HDA). Por este motivo, la sensibilidad global para detectar el origen del sangrado es baja (42%)⁸. Por otro lado, si el paciente ha presentado una hematemesis o una deposición melénica ya podemos hacer el diagnóstico de HDA y, por tanto, la SNG no aporta información adicional. Tampoco hay ninguna evidencia de que la persistencia de un aspirado hemático sea más fiable que la monitorización hemodinámica para detectar una hemorragia grave. Finalmente, la realización de una endoscopia digestiva alta en las primeras 24 h es un indicador de calidad en el manejo de la HDA^{1,3,9}. Sea cual sea el aspirado de la SNG, deberemos realizar la endoscopia digestiva precoz.

Desde el punto de vista del manejo clínico, la colocación de una SNG raramente permite cambiar el manejo del paciente con HDA. En primer lugar, ya en 1987 Richard Leather afirmaba que el lavado con sueros salinos fríos era una pérdida de tiempo y que esta práctica debía ser

abandonada hasta que nuevos estudios pudiesen demostrar su eficacia y seguridad¹⁰. En segundo lugar, la colocación de una SNG se ha justificado sobre la base de que puede identificar un sangrado activo y, por tanto, identificar lesiones de alto riesgo de recidiva (Forrest Ia-IIb). Como se ha comentado, estos pacientes requieren medidas enérgicas de estabilización hemodinámica y la realización de una endoscopia digestiva precoz en el plazo de 4-6 h, por lo que la SNG no aporta información adicional^{1,3}. Por otro lado, la sensibilidad y la especificidad del aspirado nasogástrico con sangre o poso de café para predecir el hallazgo de lesiones de alto riesgo son, como mucho, moderadas (el 80 y el 76%, respectivamente)^{11,12} y hasta un 27% de las HDA con una lesión activa pueden pasar desapercibidas a pesar de realizar un lavado gástrico¹³. Finalmente, la presencia en el aspirado de la SNG de sangre mezclada con coágulos o poso de café tampoco ha demostrado ser un predictor de mortalidad a 30 días¹⁴.

Para el manejo clínico de estos pacientes y especialmente para valorar la repercusión y la gravedad de la HDA disponemos de otras herramientas, como la exploración física, la determinación de las constantes vitales (frecuencia cardíaca y tensión arterial), variables analíticas (hematocrito) o la respuesta al tratamiento administrado en el SU. Además, la gravedad de la HDA, se puede medir con escalas que recogen variables clínicas como la escala de Glasgow-Blatchford. En esta escala no está incluida la colocación de una SNG¹⁵ y una puntuación de 0 puntos permite identificar a aquellos pacientes que no requerirán una actuación urgente¹⁶.

Desde el punto de vista endoscópico, se ha argumentado que el lavado a través de la SNG podría eliminar el contenido hemático del estómago y facilitar la endoscopia. No obstante, Lee y Kearney demostraron en un ensayo clínico que la realización de un lavado gástrico con 15 l de suero antes de la endoscopia no conseguía aumentar el rendimiento de la misma en cuanto a la identificación del origen del sangrado ni en cuanto a conseguir detener la hemorragia¹⁷. La sangre

es por sí misma un potente procinético. Esto, junto al hecho de que la mayoría de las HDA cesan espontáneamente, hace que el estómago se vacíe rápidamente y permita realizar la endoscopia de manera eficaz. La administración de procinéticos tampoco está recomendada de manera rutinaria¹. No obstante, en HDA masivas, la administración de una dosis única de 250 mg de eritromicina por vía intravenosa entre 30 y 120 min antes de la endoscopia mejora la visibilidad, reduce la necesidad de una segunda endoscopia, disminuye los requerimientos transfusionales y disminuye la estancia media hospitalaria¹⁸⁻²³.

Desde el punto de vista del paciente, es importante destacar, que entre un 15 y un 20% de los pacientes decidirán que no se les coloque una SNG. El principal motivo es que se trata de un procedimiento doloroso. Singer et al. evaluaron los 15 procedimientos más habituales en los SU. La colocación de una SNG fue, en opinión de los pacientes, el más doloroso (EVA 57 mm) por delante de otros procedimientos, como desbridar un absceso sacro, la reducción de una fractura de Colles o la colocación de una sonda vesical²⁴. Además, la SNG se ha asociado a un número considerable de complicaciones (epistaxis, neumotórax o perforación)^{4,5}.

Finalmente, en mayo del 2014, Rockey et al. presentaron en el congreso americano de Gastroenterología los resultados de un ensayo clínico de no inferioridad comparando la colocación o no de una SNG en los pacientes con sospecha de HDA⁶. Se incluyó a 280 pacientes (140 en cada rama). Las principales lesiones causantes de la HDA fueron la úlcera gastroduodenal (30%), varices esofágicas (17%), esofagitis (17%) e hipertensión portal (5%). Un 35% de los pacientes presentaron dolor, sangrado nasal o imposibilidad para colocar la SNG. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a la necesidad de tratamiento endoscópico, el resangrado o la mortalidad. La colocación de una SNG tampoco ayudó a identificar a los pacientes con una lesión tributaria de tratamiento endoscópico.

En conclusión, la colocación de una SNG en los pacientes con sospecha de HDA no tiene capacidad de predecir la necesidad de tratamiento endoscópico, no tiene impacto en los resultados, no cambia las actitudes clínicas, tiene una cifra considerable de complicaciones y, por tanto, no ayudará a aclarar nuestras dudas en cuanto al manejo clínico. Por todos estos motivos, no debe colocarse rutinariamente en los SU, aunque algún paciente muy seleccionado podría beneficiarse de su colocación (un aspirado hemático o en poso de café puede ayudar a diferenciar la HDA de tránsito rápido de una hemorragia digestiva baja)^{16,25}. Es importante destacar que, en el caso en que se decida colocar la SNG, debemos registrar en la historia clínica del paciente el resultado obtenido del aspirado de la misma como indicador de calidad en el manejo de los pacientes con HDA⁹.

Bibliografía

- Gallach M, Calvet X, Lanas A, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, et al. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Emergencias*. 2013;25:472-81.
- Pitera A, Sarko J. Just say no: Gastric aspiration and lavage rarely provide benefit. *Ann Emerg Med*. 2010;55:365-6.
- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47: a1-46.
- Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Ramirez-Pea C. Complications associated with enteral nutrition by nasogastric tube in an internal medicine unit. *J Clin Nurs*. 2001;10:482-90.
- Pillai JB, Vegas A, Briste S. Thoracic complications of nasogastric tube: Review of safe practice. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2005;4:429-33.
- Rockey D, Melo S, Ahn C. A randomized controlled trial of nasogastric tube placement in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*. 2014;146 Suppl 1:S184.
- Chikkanna R, Prakash R, Shekhar R, Biyyani S, Mullen K. Nasogastric aspiration in patients with upper gastrointestinal bleeding: Indicated or modern torture? *Gastroenterology*. 2011;140 Suppl 1:S553.
- Witting M, Magder L, Heins A, Mattu A, Granja CA, Baumgarten M. Usefulness and validity of diagnostic nasogastric aspiration in patients without hematemesis. *Ann Emerg Med*. 2004;43:525-32.
- Kanwal F, Barkun A, Gralnek I, Asch S, Kuipers E, Bardou M, et al. Measuring quality of care in patients with non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: Development of an explicit quality indicator. *Am J Gastroenterol*. 2010;105: 1710-8.
- Leather R, Sullivan S. Iced gastric lavage: A tradition without Foundation. *CMAJ*. 1987;136:1245-7.
- Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun AN. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:172-8.
- Palamidessi N, Sinert R, Falzon L, Zehtabchi S. Nasogastric aspiration and lavage in emergency department patients with hematochezia or melena without hematemesis. *Acad Emerg Med*. 2010;17:126-32.
- Adamopoulos AB, Baibas NM, Efstathiou SP, Tsioulos DI, Mitromaras AG, Tsami AA, et al. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2003;15: 381-7.
- Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Capurso L, Pera A, Bianco MA, et al. Predictive factors of mortality from non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: A multicenter study. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:1639-47.
- Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: Multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet*. 2009;373:42-7.
- Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA*. 2012;307: 1072-9.
- Lee SD, Kearney DJ. A randomized controlled trial of gastric lavage prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38:861-5.
- Frossard JL, Spahr L, Queneau PE, Giostra E, Burckhardt B, Ory G. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: A randomized, controlled, double-blind trial. *Gastroenterology*. 2002;123:17-23.
- Barkun AN, Bardou M, Martel M, Gralnek IM, Sung JJ. Prokinetics in acute upper GI bleeding: A meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2010;72:1138-45.
- Szary NM, Gupta R, Choudhary A, Matteson ML, Arif M, Hammad HT, et al. Erythromycin prior to endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis. *Scand J Gastroenterol*. 2011;46:920-4.
- Bai Y, Guo JF, Li ZS. Meta-analysis: Erythromycin before endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34:166-71.

22. Theivanayagam S, Lim RG, Cobell WJ, Gowda JT, Matteson ML, Choudhary A, et al. Administration of erythromycin before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Saudi J Gastroenterol*. 2013;19:205–10.
23. Pateron D, Vicaut E, Debut E, Sahraoui K, Carbonell N, Bobbia X, et al. Erythromycin infusion or gastric lavage for upper gastrointestinal bleeding: A multicenter randomized controlled trial. *Ann Emerg Med*. 2011;57:582–9.
24. Singer S, Richman P, LaVefre R, McCuskey CF, Thode HC. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Acad Emerg Med*. 1997;4:404–5.
25. Guardiola J, García-Iglesias P, Rodríguez-Moranta F, Brullet E, Salo J, Alba E, et al. Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36:534–45.

Emili Gené^{a,b,c,d,*} y Xavier Calvet^{b,e}

^a *Servei d'Urgències, Parc Taulí, Sabadell, Hospital Universitari, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd)*

^c *Grupo Hemorragia Digestiva, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)*

^d *Departament de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España*

^e *Servei Digestiu, Parc Taulí, Sabadell, Hospital Universitari, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egene@tauli.cat (E. Gené).