UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

https://doi.org/10.69940/sld.20260407

Artículo de revisión

Sangrado gastrointestinal superior, diagnóstico y tratamiento: una revisión de la literatura

Upper gastrointestinal bleeding, diagnosis and treatment: a literature review

Darlan Amaral da Silva[1], Cristhian Ayala[2], Robert Ayala[3]

[1] Universidad de la Integración de las Américas, Facultad de Ciencias de la Salud. Ciudad del Este, Paraguay.
[2] Universidad Privada del Este, Facultad de Ciencias de la Salud. Presidente Franco, Paraguay.
[3] Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: El Sangrado Digestivo Superior o Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es una afección común que se considera una emergencia médica, requiriendo un diagnóstico preciso para brindar el tratamiento adecuado a cada paciente y, así, evitar comorbilidades y mortalidad elevada. **Objetivo:** Evaluar y correlacionar las estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas en el contexto de hemorragia digestiva alta en la literatura actual. **Materiales y Métodos:** Búsqueda bibliográfica en SciELO, Google Scholar y PubMed. **Discusión:** Una evaluación inicial del paciente con HDA requiere medidas de soporte básico, como el reemplazo volémico, control del sangrado y de infecciones, terapia farmacológica y/o endoscópico. La conducta debe ser evaluada de acuerdo con el puntaje del glasgow Blatchford (SGB), la clasificación endoscópica de Forrest, la endoscopia, asociado hacia inhibidores de la Bomba de Protones, método terapéutico de elección en la HDA. Se evidenció que las estrategias diagnósticas y terapéuticas dependen principalmente de la estabilidad hemodinámica, el historial previo de hemorragia gastrointestinal alto; siendo el método de identificación de suma relevancia, entre las más utilizada y que también puede ser terapéutica, se encuentra la endoscopia digestiva alta (EDA), que tiene sus sesgos y factores de riesgo. Con la EDA se pueden combinar otros métodos más actuales y con mayor precisión diagnóstica.

Palabras clave: Sangrado gastrointestinal, melena, hematemesis, sangrado intestinal, endoscopia digestiva alta.

ABSTRACT

Introduction: Upper Gastrointestinal Bleeding or Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGI) is a common condition considered a medical emergency, requiring an accurate diagnosis to provide appropriate treatment to each patient and thus avoid comorbidities and high mortality. **Objective:** To evaluate and correlate the diagnostic and therapeutic strategies used in the context of upper gastrointestinal bleeding in the current literature. **Materials and Methods:** Literature review in SciELO, Google Scholar and PubMed. **Discussion:** An initial evaluation of UGI patients requires basic support measures, such as volume replacement, bleeding and infection control, pharmacological and/or endoscopic therapy. The management should be evaluated according to the Glasgow Blatchford Score (GBS), the Forrest endoscopic classification, endoscopy, associated with Proton Pump Inhibitors, the therapeutic method of choice in UGIB. It was evidenced that the diagnostic and therapeutic strategies mainly depend on hemodynamic stability, the previous history of variceal upper gastrointestinal bleeding; being the identification method of utmost relevance among the most used and that can also be therapeutic, high relevance is the upper digestive endoscopy (UDE), which has its biases and risk factors. With UDE, other more current and diagnostically more precise methods can be combined

Keywords: Gastrointestinal bleeding, mane, hematemesis, intestinal bleeding, upper gastrointestinal endoscopy.

INTRODUCCIÓN

El Sangrado Digestivo Superior o Hemorragia Digestiva Alta (HDA) se refiere al sangrado derivado de lesiones en el tracto gastrointestinal superior (esófago, estómago y duodeno), es decir, anterior al ángulo de Treitz, y comúnmente se asocian con hematemesis (vómitos de sangre brillante) o melena (sangre oscura y maloliente en las heces o posos de café). El sangrado gastrointestinal además presenta importantes repercusiones clínicas y económicas, constituye una emergencia médica

Para correspondencia dirigirse a: amaraldarlan@gmail.com
Recibido: 11 de julio de 2025. **Aceptado:** 26 de agosto de 2025.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar. **Fuente de financiamiento:** Ninguno. **Editor responsable:** Christian Noldin Cáceres

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

frecuente. Es esencial el diagnóstico para obtener mejor pronóstico y una reducción de la mortalidad intrahospitalaria, ya que se asocia con tasas considerables de morbilidad y mortalidad (1,2).

En ese contexto, la HDA tiene su etiología clasificada como no varicoso y varicoso. La hemorragia varicosa es consecuencia, sobre todo, de la rotura de las várices esofágicas, como una de las complicaciones de la Hipertensión Portal, que se caracteriza por un aumento del gradiente venoso portosistémico, que se puede dar de complicaciones de la cirrosis hepática alcohólica, viral o enfermedad criptogénica, así como infestaciones parasitarias, como esquistosomiasis o leishmaniasis o episodios de tromboembolismo portohepático (3,4).

Por otro lado, 80-90% de HDA son de origen no varicoso, representado por la úlcera péptica, que es el causante más frecuente del sangrado gastrointestinal. Entre sus factores causantes se encuentra la infección por *Helicobacter pylori* y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), estos últimos presentan mayor riesgo de hemorragia de 3-5 veces más (3,5).

En la HDA en la gran mayoría de los casos es autolimitado, alrededor del 80% de las venas no varicosas se resuelven espontáneamente. Sin embargo, la gravedad del sangrado está principalmente ligada a la edad, comorbilidades y al uso previo de medicamentos que dañan las mucosas o anticoagulantes. El shock o la hipotensión ortostática, la coagulopatía asociada, la hemorragia hospitalaria, las transfusiones múltiples, la inmunosupresión y la hemorragia grave son signos de mal pronóstico (3,4).

En esta revisión, buscamos evaluar y correlacionar las estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas en el marco del sangrado digestivo alto, con una revisión de la literatura actual para exponer un análisis más amplio y actualizado para profesionales sanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Google académico, Pubmed y SciELO, buscando trabajos recientes con los siguientes descriptores: sangrado gastrointestinal, sangrado digestivo alto, diagnóstico, endoscopia digestiva, sangrado gastrointestinal, hematemesis, sangrado por úlceras pépticas.

Los artículos identificados mediante la estrategia de búsqueda inicial fueron evaluados de forma independiente, teniendo como principal criterio de inclusión: opiniones sistemáticas, artículos que reporte sobre hemorragia gastrointestinal en el contexto de úlceras gástricas, publicados en los últimos 5 años. Los criterios de exclusión incluyen informes de casos, artículos que se centran en el pronóstico o la clínica en pacientes con sangrado digestivo bajo. Además, artículos qué presenten información duplicada o disponible en otros artículos.

Se encontraron 100 resultados y se analizaron 16 de ellos, seleccionados según los criterios de inclusión. Entre ellos, artículos escritos en portugués, inglés y español y que priorizan los artículos para pacientes adultos. Los resultados se dividieron en, 8 artículos en SciELO, 2 en Google académico y 6 en Pubmed.

DESARROLLO

A continuación, se presenta la topografía del órgano más común en la HDA, siendo el estómago el responsable de la llamada HDA no varicosa.

1. Estómago

El estómago es un órgano que forma parte del sistema digestivo. Tiene una función importante, como una zona de mezcla y depósito. Además de su importancia en la digestión de proteínas. Actúa como un órgano de transición que se extiende desde los cardias – unión esofagogástrica, hasta el píloro – unión gastroduodenal.

2. Anatomía

Es el órgano más distensible del tracto gastrointestinal y su extensión máxima puede albergar aproximadamente 6,4 litros. No existe una posición fija para el estómago ya que tiene una movilidad considerable al ser un órgano peritonizado. También tiene sus límites variables dependiendo de la cantidad de volumen y nutrientes en su interior, y del tipo constitucional de la persona, ya sea largo o corto. Sin embargo, cuando este órgano está vacío y el individuo está en posición erguida, el estómago asume una posición similar a una jota (J) y se ubica en las regiones epigástrica, umbilical e hipocondríaca izquierda del abdomen. En anatomía externa, existe una concavidad de la curva interna derecha llamada curvatura menor, y la convexidad de la curva externa izquierda es la curvatura mayor. Un ángulo a lo largo de la curvatura menor, la muesca angular, marca aproximadamente el punto donde el estómago se estrecha antes de su unión con el duodeno. En el punto entre el esófago y el fondo se encuentra la incisura cardíaca. El estómago se divide en cinco regiones (5).

- Cardias: es la parte estrecha del estómago inmediatamente distal a la unión gastroesofágica.
- Fondo: es una parte del estómago con forma de cúpula proximal a la muesca angular.
- Cuerpo: abarca el resto del estómago proximal a la muesca angular.
- Antro: corresponde al estómago distal a la muesca angular, en un ángulo de 60°.
- Píloro: parte que sigue al cuerpo del estómago, marca el punto de transición gastroduodenal. También corresponde al lugar donde se ubican las glándulas pilóricas (5).

La pared gástrica está formada por mucosa, submucosa, muscular propia y serosa. La superficie interna del estómago muestra pliegues. Estas arrugas mucosas y submucosas se extienden longitudinalmente, son más prominentes en la parte proximal del estómago y se estiran cuando el estómago está distendido. La delicada textura de la mucosa está salpicada de millones de foveolas gástricas, que dan lugar a las glándulas mucosas: células parietales, células principales, células G, células mucosas superficiales y células mucosas del colon. El estómago se relaciona más comúnmente con el lóbulo hepático izquierdo a la derecha, el diafragma en la parte superior, la pared

abdominal anterior en el frente, el bazo a la izquierda, la bolsa omental en la parte posterior y finalmente está relacionado con el intestino en la parte inferior (5).

3. Vascularización

3.1 Irrigación

La mayor parte de la irrigación del estómago proviene del tronco celíaco, un importante vaso rama de la aorta abdominal. Desde este tronco vascular, el estómago se irriga de la siguiente manera: La arteria gástrica izquierda sigue la curvatura menor y se anastomosa con la arteria gástrica derecha, que es una rama de la arteria hepática. Este vaso también da ramas al esófago y a los cardias. La arteria gastroepiploica derecha es una rama de la arteria gastroduodenal, que a su vez lleva el nombre de la bifurcación de la arteria hepática común. La arteria gastroepiploica derecha irriga la curvatura mayor del estómago, anastomosándose con la arteria gastroepiploica izquierda, que se origina en la arteria esplénica y constituye la tercera rama del tronco celíaco y también irriga la curvatura mayor. La porción del fondo gástrico y la parte superior del cuerpo gástrico reciben sangre de las arterias gástricas cortas (4).

3.2 Drenaje

Como es habitual dentro del sistema circulatorio, las venas del estómago acompañan a las arterias, destacando (1,6). Las venas gástricas derecha e izquierda desembocan en la vena porta. La vena gastroepiploica derecha desemboca en la vena mesentérica superior. Las venas gastroepiploica y gástricas izquierdas cortas desembocan en la vena esplénica (1,6).

4. Drenaje linfático

El drenaje linfático del estómago tiene las siguientes cadenas ganglionares: Ganglios linfáticos gástricos. Ganglios linfáticos gastrointestinales derechos: generalmente afectados en el carcinoma de estómago. Ganglios linfáticos gastrointestinales izquierdos (5).

Estas cadenas linfáticas en su recorrido final drenan en los ganglios linfáticos celíacos que finalmente desembocan en el conducto torácico. Es importante comprender claramente la anatomía de las cadenas linfáticas, ya que muchas veces son un medio de propagación del cáncer gástrico, junto con la vía hematógena (5).

5. Inervación

El estómago está inervado a través del sistema nervioso autónomo recibiendo dos importantes ramas de haces nerviosos que se originan en el tronco vagal (nervio vago). El tronco vagal se divide en:

- Tronco vago anterior: derivado del nervio vago izquierdo, recubre la pared anterior del estómago, cercano a la curvatura menor (6).

- Tronco vago posterior: derivado del nervio vago derecho, la rama posterior inerva la pared posterior del estómago y también tiene capacidad de inervar el intestino delgado y grueso hasta el ángulo esplénico debido a la existencia del plexo celíaco, que es derivado de la rama posterior (6).

6. Evaluación

La evaluación inicial se basa en enumerar datos y establecer medidas de apoyo y terapia final adecuado para cada paciente. Con ello, se debe resaltar la historia clínica con antecedentes personales y, proceder con exámenes de laboratorio o hasta un lavado nasogástrico. En este sentido, se debe preguntar episodios anteriores de sangrado digestivo alto (HDA), como hematemesis, melena o enterorragia; como también la presencia de factores de gravedad para la clasificación de riesgo, bien como el historial de medicación y la gravedad de la hemorragia (2,3).

Factores indicativos en más grande gravedad. Leal (5).

- Edad avanzada
- Comorbilidades
- Histórico previo en malena o enterorragia
- Inestabilidad hemodinámica
- Taquicardia
- Hemoglobina menor que 8 gramo/dL

Como se observa en la tabla 1, las pruebas de laboratorio incluyen hemograma completo, bioquímica sérica, pruebas hepáticas, bilirrubina total y fracciones, estudios de coagulación, evaluación renal; dado que el nivel de urea y creatinina si está elevado hay una menor probabilidad de resangrado del tracto más alto. Además, de un electrocardiograma (2,3), enzimas cardíacas, son importantes para pacientes ancianos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, dolor torácico o disnea, debido a la asociación con un infarto (1,2).

El uso del lavado nasogástrico es controversial por falta de pruebas entre pacientes llevados al lavado y aquellos qué no eran enviados, con relación a los resultados médicos, como el resangrado y la mortalidad. Sin embargo, se sugiere qué los pacientes solo se someten a un lavado nasogástrico para eliminar partículas y coágulos de sangre del estómago.

Tabla 1. Puntuación en glasgow Blatchford. Leal (5)

Factores en riesgo	Resultados	Punto
Urea (mg/dl)	□ 39 Es < 48	2
	□ 48 Es < 60	3
	□ 60 Es < 150	4
	□ 150	6
Hemoglobina (g/dL)	Hombres □ 12 Es < 13	1
	Hombres □ 10 Es < 12	3
	Mujer □ 10 Es < 12	1
	Hombres o Mujer < 10	6
Presión Arterial Sistémico (mmHg)	100-109 _	1
	90-99 _	2
	< 90	3
Pulso □ 100 bpm		1
Presentación con melena		1
Presentación con síncope		2
Enfermedad hepática		2
Insuficiencia cardíaca		dos

La presencia de sangre roja o material café en aspirado nasogástrico ratifica una fuente de sangrado en el tracto gastrointestinal más alto, señales que la lesión tiene un alto riesgo de sangrado continuo o recurrente (2).

Conforme a la tabla 2 la clasificación endoscópica de Forrest evalúa la probabilidad de reaparición hemorrágica, en presencia de estigmas de hemorragia activa del reciente (1). El encuentro endoscópico IA, IB, IIA, IIB, según la clasificación de Forrest, abarca un grupo de alto riesgo en resangrado. Mientras que el CII y III ellos son agrupados como en bajo riesgo (Tabla 2) (1,4).

En la tabla 2 demuestra que el abordaje diagnóstico involucra métodos como la endoscopia digestiva alta, colonoscopia, cápsula endoscópica, gammagrafía, angiografía digital y la más reciente tomografía computarizada (TC) multidetector (TCMD) (6).

La endoscopia digestiva alta (EDA) es el método más sensible y específico para diagnosticar la HDA y es considerado el examen prioridad en esta condición, además de qué se debe llevar a cabo lo más rápido posible (dentro de la primera 24 horas) con el paciente hemodinámicamente estable. Es por esto por lo que la EDA, además de identificar la ubicación definitiva de la fuente del sangrado, signos de hemorragia reciente u otros sitios con potencial sangrado, también puede proporcionar información de pronóstico importante sobre riesgo en resangrado inminente, además de ser posible lograr el tratamiento con ayuda de terapias hemostáticas específicas en lesiones sangrantes y en riesgo de hemorragia. Pacientes con alto riesgo, debe necesariamente, lograr endoscopia precoz (en menos de 24 o en 12 horas desde la admisión hospitalaria), cuando se logre la estabilización hemodinámica o de la presión arterial. En pacientes con bajo riesgo, lo ideal es que el examen se realice antes de las 24 horas, para estadificar mejor los riesgos y reducir el tiempo en permanencia hospitalaria, la necesidad de transfusiones de sangre, el costo involucrado, resangrado e indicaciones quirúrgicas (3,6,7).

La cápsula endoscópica se puede utilizar para evaluar hemorragias no visibles, siendo diagnóstica en 50-70%, destacando buena aplicabilidad, sin embargo, no es posible la realización de una biopsia, no siendo de elección en emergencias. Además del qué en hemorragias masivas no se logra observar el local del sangrado, impidiendo su uso adecuado (6).

Otro método relevante es la gammagrafía con glóbulos rojos marcados con tecnecio-99m, que se considera no invasivo y no requiere preparación. Cabe mencionar que en casos de sangrado igual o superior a 0,4 ml/min, su sensibilidad puede ser de hasta el 93% y su especificidad de hasta el 95%. Además, puedes conseguir imágenes por período de tiempo considerable, siendo particularmente útil en casos de sangrado intermitente. Por otro lado, es poco preciso en la ubicación anatómica del sangrado, con su ejecución lenta y su disponibilidad es variable, lo que dificulta su uso en emergencias (6).

La angiografía digital es válida cuando otros métodos diagnósticos no han tenido éxito o si es necesaria una intervención. Es invasiva, costosa y requiere de profesionales especializados, lo que lo hace inviable en determinados centros públicos. Además, es propenso a sufrir complicaciones derivadas del método, como embolia, perforación, falsos negativos que camuflan el diagnóstico subyacente. Cabe mencionar que requiere una tasa de sangrado mínima de 0,5 ml/min para su detección, con una sensibilidad de aproximadamente 63-90% y una especificidad de aproximadamente 100% (6).

En cuanto a los métodos diagnósticos más precisos, la tomografía computarizada con múltiples detectores (TCMD), con alta resolución, tiene lugar con reconstrucciones multiplanares identificando con grande precisión sitios de sangrado, especialmente en lugares de difícil acceso y con precisión utilizando métodos clásicos, como el perímetro del yeyuno, íleon, puede ser posible; la detección de volúmenes de sangrado que dejan 0.3 ml/min, con especificidad y sensibilidad superiores al 85%. Además, a partir de esto, se destaca la posibilidad de mayor eficiencia en la identificación de anomalías de estructuras adyacentes, como vasos locales y anatomía regional, cruciales para identificar el sitio y determinar la terapia, como la angiografía digital; además de minimizar complicaciones secundarias (6,8,9).

Por lo tanto, la angiografía por TC es un método considerado con un mínimo de sesgo y buena precisión para la identificación precisa de sitios de sangrado digestivo, considerando al paciente hemodinámicamente estable (9).

7. Métodos terapéuticos de elección

7.1 Servicio inicial

Lo fundamental en la gestión: El reemplazo volémico, control del sangrado con terapia control farmacológico y/o endoscópico y de infecciones (10).

En relación con los pacientes inestables hemodinámicamente o con sangrado activo debe ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI), ser llevado a cabo medidas en resucitación. El paciente debe estar bajo observación y monitoreo automatizado de la presión arterial y electrocardiografía, así como de oximetría de pulso (2). En estos casos, se puede lograr acceso venoso central, con reemplazo volumen con líquidos

Tabla 2. Clasificación Forrest. Leal (5)

	Clasificación	Prevalencia (%)	Resangrado (%)
Sangrado activo	IA – Hemorragia activa en chorro	10	90
	IB – Hemorragia activa en capa	10	10 a 20
Signos de sangrado recurrente	IIA – Vaso visible sin sangrado	25	50
	IIB – Coágulo adherido	10	25 a 30
	IIC – Puntos planos cubiertos de hematina	10	7 a 10
	III – Limpiar el lecho ulceroso	35	3 a 5

(cristaloides) o soporte de hemoconcentrado, según el grado de inestabilidad (2,6,11,12).

En el caso en sangrado activo, debe haber infusión de fluidos cristaloides intravenoso con suero fisiológico al 0,9% o ringer lactato, mientras hay análisis de transfusión de sangre. Cabe mencionar que el tiempo y volumen de infusión varían, dependiendo de la situación hemodinámica. Además, en casos de fracaso, la infusión de fluidos se asociación con vasopresores, con uso supervisado riesgo de sobrecarga de volumen y complicaciones, como edema pulmonar agudo (2).

La transfusión sanguínea como manejo en pacientes hipovolémicos con sangrado activo y hemoglobina aparentemente normal es vital garantizar una adecuada resucitación. Según las recomendaciones actuales, en casos de sangrado activo, estabilidad hemodinámica y reanimación con líquidos, las transfusiones de glóbulos rojos solo deben administrarse si la hemoglobina es < 9 g/dL en pacientes de alto riesgo y si es < 7 g/dL en pacientes de bajo riesgo. Sin embargo, ante la sospecha de UGIB venas varicosas, se evitan las transfusiones debido al empeoramiento de la condición (2).

Puede ser necesaria una transfusión de plaquetas si la trombocitopenia <50.000/microL y el concentrado de complejo de protrombina está indicado si el INR >2 (continuar con EDA si el INR es <2,5). Además, se deben administrar 04 unidades de concentrado de glóbulos rojos con 01 unidad de plasma fresco congelado (PFC), ya que los glóbulos rojos concentrados no contienen factores de coagulación (2).

7.2 Tratamiento farmacológico

La evidencia muestra la eficacia de los medicamentos para controlar la HDA. Los agentes procinéticos que preceden el EDA para mejorar el avance desde la mucosa gástrica, los inhibidores de bomba en protones (IBP) pueden reducir el resangrado en dosis elevadas (80 mg en bolo, seguido de 8 mg/h durante 72 horas) (2,6,8,13).

En la HDA agudo en pacientes hospitalizados, se sugiere el inicio empírico de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) intravenoso (IV) (por ejemplo, omeprazol 40 mg IV dos veces hacia día después uno bolo previo en 80 mg IV); y puede continuar hasta que se confirme la causa del sangrado (2).

El uso de medicamentos vasoactivos ha demostrado ser eficaces en el tratamiento de la HDA de origen varicoso y no varicoso en la fase aguda, tanto para reducir el sangrado como el riesgo de recurrencia del sangrado. La disponibilidad de medicamentos útiles son octreotida, somatostatina, vasopresina, terlipresina, En HDA varicoso y no siendo de elección en tipo no variocoso; se recomienda el uso de octreotida IV en bolo seguido de infusión continua, ambos en dosis en 20 a 50 mcg, durante cinco días reducen recaídas. La somatostatina y la vasopresina debe ser utilizado en HDA varicoso en pacientes hemodinámicamente inestable o con el objetivo de reducir el flujo varicoso, para la constricción de venas mesentérico o de esplénico (2,8,9,11)

En relación con el antifibrinolítico, como el ácido tranexámico, tiene acción de reducción del sangrado localmente, mejorando la tasa de mortalidad (13). La terapia con antibióticos seria destinado en pacientes con tiempo prolongado de hospitalización con resangrado (2,13).

7.3 Tratamiento endoscópico

La endoscopia, asociado hacia inhibidores de bomba de protones, es el método terapéutico de elección en HDA, se diferencia su uso según el origen varicoso o no varicoso. En el varicoso, la endoscopia debe ser llevado a cabo en las primeras 24 horas, con un alto índice de éxito en grupos de bajo riesgo, ya en HDA no varicoso la endoscopia debe ser llevado a cabo, idealmente, en las primeras 12 horas (2,6,14).

Es importante la protección de la vía en la aérea de realización de la EDA en casos en sangrado de gran volumen, encefalopatías en grados III y IV y en pacientes con saturación de oxígeno inferior al 90% (14).

Hay dos tipos principales de terapia endoscópica para las várices esofágicas: escleroterapia endoscópica (EST), ligadura endoscópica en venas varicosas (EVL). El (EST) puede ser hecho, con inyección intravariceal directo o inyección paravariceal adyacente hacia venas varicosas, con o sin la asistencia en agentes esclerosantes múltiples. Y el EVL tiene más grande riesgo de complicaciones y resangrado. En relación para las varices gástricas, la mejor opción terapéutica es la inyección de cianoacrilato (2,8,13).

8. Recidivas o Falla terapéutica

En casos de fracaso terapéutico y persistencia del sangrado o en casos de resangrado, se debe volver a analizar los tipos de procedimientos realizados y posteriormente se debe intentar realizar una segunda terapia endoscópica o iniciar una terapia de rescate lo antes posible, la cual puede ser cirugía, en el caso de una úlcera hemorrágica refractaria, por ejemplo; la embolización transarterial, en individuos con alto riesgo quirúrgico; o hasta el aumento de vasopresores, a dosis de 2 mg cada 4 horas de terlipresina y hasta 500 mcg/hora de somatostatina. Otro método es el taponamiento con balón (tubo de Sengstaken-Blakemore), sin embargo, este es temporal (máximo 24 horas) hasta que se utilice la terapia definitiva. Otro método en elección es la anastomosis portosistémico intrahepático transyugular o cirugía en derivación (2,8,13).

DISCUSIÓN

Se ha observado que las estrategias diagnósticas y terapéuticas para la hemorragia digestiva alta (HDA) dependen principalmente de la estabilidad hemodinámica del paciente y del historial previo de hemorragia gastrointestinal. La endoscopia digestiva alta (EDA) se destaca como una herramienta diagnóstica y terapéutica de gran relevancia en el manejo de la HDA, y su combinación con otros métodos más actuales y precisos ha demostrado ser efectiva. Además, se ha evidenciado que el ácido tranexámico reporta beneficios significativos en el tratamiento de la HDA, superando en beneficios al tratamiento convencional en pacientes con esta condición.

En situaciones de fracaso terapéutico y persistencia del sangrado, es crucial considerar diferentes opciones terapéuticas según la causa subyacente y la localización de la hemorragia. La terapia de rescate puede incluir cirugía, embolización transarterial, aumento de vasopresores, taponamiento con balón

(tubo de Sengstaken-Blakemore) y, en casos específicos, el TIPS (anastomosis portosistémico intrahepático transyugular) o cirugía en derivación.

En resumen, el manejo de la HDA es un proceso complejo que requiere una evaluación cuidadosa y una selección adecuada de las estrategias diagnósticas y terapéuticas según la situación clínica del paciente. Las nuevas técnicas endoscópicas y el uso de ácido tranexámico han contribuido significativamente a mejorar el manejo de la HDA, lo que ha llevado a una disminución en la recidiva hemorrágica y la mortalidad en los últimos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco MC, Nakao FS, Rodrigues R, Maluf-Filho F, Paulo GA, Libera ED. Proposal of a clinical care pathway for the management of acute upper gastrointestinal bleeding. Arq Gastroenterol. 2015 Dec;52(4):283-92. doi: 10.1590/S0004-28032015000400007.

2. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet]. UpToDate: actualizado; 2025 [citado 2026 ene 11]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults/print

3. Arruda LC. El farmacéutico atendiendo a pacientes con hemorragia digestiva alta [Trabajo de finalización del curso]. Recife: Centro de Formación Educativa Hospitalaria y de Farmacia Clínica; 2022.

4. Abreu Jarrín M, Ramos Tirado S, Trejo Muñoz N, Cintado Tortoló D. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta, Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Rev Méd Electrón. 2013;35(2):134-143.

5. Leal VP, Bianchini F, Totti SR. Avaliação das características clínicas, epidemiológicas e endoscópicas dos pacientes com hemorragia digestiva alta em um hospital do sul de Santa Catarina. GED Gastroenterol Endosc Dig. 2014;33(1):1-6.

6. Reis FR, Cardia PP, D'Ippolito G. Computed tomography angiography in patients with active gastrointestinal bleeding. Radiol Bras. 2015 Nov-Dec;48(6):381-390. doi: 10.1590/0100-3984.2014.0014.

7. Solis SME. Utilidad de la videoendoscopia alta en el manejo y el diagnostico de las hemorragias digestivas. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020.

8. García-Blázquez V, Vicente-Bártulos A, Olavarria-Delgado A, Plana MN, van der Winden D, Zamora J; EBM-Connect Collaboration. Accuracy of CT angiography in the diagnosis of acute gastrointestinal bleeding: systematic review and meta-analysis. Eur Radiol. 2013 May;23(5):1181-1190. doi: 10.1007/s00330-012-2721-x.

9. Jaeckle T, Stuber G, Hoffmann MH, Freund W, Schmitz BL, Aschoff AJ. Acute gastrointestinal bleeding: value of MDCT. Abdom Imaging. 2008 May-Jun;33(3):285-293. doi: 10.1007/s00261-007-9263-8.

10. Coelho FF, Perini MV, Kruger JAP, Fonseca GM, Araújo RLC de, Makdissi FF, Lupinacci RM, Herman P. Tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas: conceitos atuais. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014 Apr;27(2):138-144. doi: 10.1590/S0102-67202014000200011

11. Fonseca J, Meira T, Nunes A, Santos CA. Bleeding and starving: fasting and delayed refeeding after upper gastrointestinal bleeding. Arq Gastroenterol. 2014 Apr-Jun;51(2):128-132. doi: 10.1590/s0004-28032014000200011.

12. Gaieski DF, Mikkelsen ME. Evaluation of and initial approach to the adult patient with undifferentiated hypotension and shock [Internet]. UpToDate; actualizado 2025 [citado 2026 ene 11]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-and-initial-approach-to-the-adult-patient-with-undifferentiated-hypotension-and-shock

13. Bennett C, Klingenberg SL, Langholz E, Gluud LL. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 21;2014(11):CD006640. doi: 10.1002/14651858.CD006640.pub3.

14. Bittencourt PL, Queiroz Farias A, Strauss E, Alves de Mattos A, et al. Hemorragia Digestiva Alta Varicosa: relatório do 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia. GED Gastroenterol Endosc Dig. 2011:30(Supl 2):10-30.