

doi: 10.60103/phc.v28.e922

Artículos Originales · Original Articles

Hemorragia digestiva en paciente con factores de riesgo sin gastroprotección

Gastrointestinal hemorrhage in a patient with risk factors without gastroprotection.

Información

Fechas:

Recibido: 08/10/2025

Aceptado: 19/02/2026

Publicado: 26/03/2026

Correspondencia:

Claudia Fort
claudiafortb@iqs-blanquerna.url.edu

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Autorías

Claudia Fort Ballús¹  0009-0004-6114-5761

Patricia Marrero Álvarez²  0000-0002-4875-1431

Marta Hernández Hernández¹  0000-0002-6983-413X

Raquel López Martínez²  0009-0008-9028-7653

Emili Vallve Alcón²  0009-0002-0557-5033

¹Universidad Ramon Llull, Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Departamento de Ciencias de la Salud, Barcelona, España.

²Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Servicio de Farmacia, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona, España.

Cómo citar este trabajo

Fort Ballús C, Marrero Álvarez P, Hernández Hernández M, López Martínez R, Vallve Alcón E. Hemorragia digestiva en paciente con factores de riesgo sin gastroprotección. Pharm Care Esp. 2026;28:e922. doi: 10.60103/phc.v28.e922

RESUMEN

Introducción: los fármacos gastrolesivos, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), debido a su mecanismo de acción, pueden provocar úlceras o hemorragias digestivas si se utilizan de forma prolongada o inapropiada. Este riesgo aumenta cuando se combinan con otros medicamentos que incrementan el riesgo hemorrágico, como son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), especialmente si no se asocia un inhibidor de la bomba de protones (IBP).

Presentación del caso: se presenta el caso clínico de una paciente que acudió a urgencias por melenas de dos semanas de evolución, tras automedicarse con naproxeno sin gastroprotección. Entre sus antecedentes destacan una úlcera duodenal por *Helicobacter pylori* y entre el tratamiento concomitante se incluía la sertralina. El diagnóstico fue de hemorragia digestiva alta, tratada con hemoclip y pantoprazol intravenoso, además de hierro y analgesia no gastrolesiva. Al alta se pautó tratamiento de erradicación de *H. pylori* y omeprazol.

Discusiones: este caso resalta la importancia de la gastroprotección con IBP en pacientes con antecedentes de úlcera o sangrado gástrico que toman AINE. El uso no supervisado de naproxeno, junto con otros factores de riesgo como la úlcera duodenal, el tabaquismo, y la combinación con sertralina, incrementó el riesgo de hemorragia. Es fundamental ajustar el tratamiento, evitar fármacos gastrolesivos y revisar la medicación para prevenir complicaciones graves.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta; AINE; Sertralina; IBP.

ABSTRACT

Introduction: gastrotoxic drugs, such as nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), can cause ulcers or gastrointestinal bleeding due to their mechanism of action, especially if used for a prolonged period or inappropriately. This risk increases when combined with other medications that raise bleeding risk, such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), particularly if a proton pump inhibitor (PPI) is not co-prescribed.

Case presentation: this case report describes a patient who presented to the emergency department with two weeks of melena after self-medicating with naproxen without gastroprotection. Her medical history included a duodenal ulcer caused by *Helicobacter pylori*, and she was also taking sertraline. The diagnosis was upper gastrointestinal bleeding, which was treated with hemoclips and intravenous pantoprazole, along with iron supplementation and non-gastrotoxic analgesics. Upon discharge, treatment for *Helicobacter pylori* eradication and omeprazole was prescribed.

Discussions: this case highlights the importance of PPI gastroprotection in patients with a history of ulcers or gastrointestinal bleeding who are taking NSAIDs. The unsupervised use of naproxen, along with other risk factors such as duodenal ulcer, smoking, and the combination with sertraline, increased the risk of bleeding. It is essential to adjust treatment, avoid gastrotoxic drugs, and review the medication regimen to prevent serious complications.

Key words: Gastrointestinal Hemorrhage; NSAIDs; Sertraline; PPI.

Introducción

La hemorragia digestiva alta es un sangrado localizado en el tracto digestivo superior que puede provocar anemia grave, shock hipovolémico y manifestarse como hematemesis o melenas.⁽¹⁾

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son medicamentos comúnmente utilizados para tratar diversas afecciones digestivas, como la secreción ácida gástrica excesiva, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, las úlceras pépticas (por *Helicobacter pylori* o estrés) y la hemorragia digestiva alta. También previenen daños gástricos por fármacos gastrolesivos como

son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides y antiagregantes, y se usan en pacientes con factores de riesgo (sangrado previo, > 65 años, comorbilidades graves) o con prescripción concomitante de otros fármacos que aumentan el riesgo de sangrado gástrico (anticoagulantes orales e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)). Aunque son efectivos, el uso inapropiado de los IBP puede ocasionar otros problemas de salud.⁽²⁾

Presentación del caso

Mujer de 68 años que acude a urgencias con melenas de dos semanas de evolución. Refiere cialgia izquierda en los últimos quince días la cual trató con dos comprimidos de naproxeno al inicio del dolor y también se ha administrado diclofenaco tópico 3-4 veces al día.

La paciente tiene como antecedentes patológicos hipertensión arterial, dislipemia y epilepsia generalizada idiopática en remisión (sin crisis en más de 30 años), ansiedad y síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño moderado, tratada con CPAP (presión positiva continua en la vía respiratoria) nocturna. Como otros antecedentes presenta hemorroides y una úlcera duodenal por *Helicobacter pylori* diagnosticada hace más de 10 años. Hace 5 años se extirparon varios pólipos colónicos, entre ellos un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado, otro adenoma tubular con displasia de bajo grado y, posteriormente, un pólipo hiperplásico. Es fumadora de cinco cigarrillos al día.

No presenta alergias medicamentosas conocidas. En la tabla 1 se pueden encontrar los problemas de salud con su medicación domiciliaria.

Tabla 1: Estado de situación inicial

Fecha: 2025				Edad: 68 años Sexo: Mujer Alergias: No TA: 146-80 mmHg Colesterol: 137 mg/dL			
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS			
Inicio	Problemas de salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta Prescrita	Pauta Usada
2011	Hipertensión Arterial	No	Sí	2011	Enalapril 20 mg	1-0-0	1-0-0
2013	Dislipemia	No	Sí	2013	Simvastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1
2020	Insomnio	No	Sí	2020	Lorazepam 1 mg	0-0-1	0-0-1
2020	Ansiedad	No	Sí	2020	Sertralina 100 mg	1-0-0	1-0-0

Evaluación clínica

Se identificaron dos problemas relacionados con la medicación (PRM) (tabla 2): el uso inadecuado de AINE y el riesgo de sangrado relacionado con la sertralina. La combinación de ambos PRM contribuyó a la hemorragia de la paciente.

La medicación prescrita al ingreso se muestra en la tabla 3.

La paciente ingresa en urgencias con una hemorragia digestiva alta. Se realiza una esofagogastroduodenoscopia urgente diagnóstico-terapéutica en la cual se aprecia *ulcus* duodenal de 12 mm con sangrado activo, tratada con hemoclip.

Se orienta el caso como una hemorragia digestiva causada por AINE, favorecida por una úlcera previa y el tratamiento concomitante con sertralina para la ansiedad, un ISRS, para la cual están descritos efectos adversos como la hemorragia digestiva.⁽³⁾

El naproxeno no fue prescrito en este episodio, sino que la paciente tenía en casa una prescripción previa en noviembre 2024 y el diclofenaco tópico es un medicamento de venta libre. Por tanto, se produjo un episodio de automedicación sin la intervención de un profesional sanitario que pudiera prescribir ningún medicamento para la profilaxis de la úlcera gastroduodenal como los IBP, hecho que contribuyó al desarrollo de la sintomatología gastrointestinal observada.

Se inicia tratamiento con pantoprazol 80 mg/12 horas según el protocolo del hospital. El pantoprazol ayuda a reducir la producción de ácido clorhídrico, favoreciendo la cicatrización de la úlcera y previniendo resangrado.⁽⁴⁾ El primer día se administra por perfusión intravenosa, y se continua con la misma dosis durante 7 días debido a la presencia de síntomas clínicos de hemorragia. Al alta, se sustituye por omeprazol oral. Para mantener la hidratación y compensar la pérdida de líquidos, se administran 500 ml. de suero salino fisiológico cada 12 horas. Se monitorizaron los niveles de potasio y se mantuvieron en rango durante toda la estancia hospitalaria.

Tabla 2: Posibles problemas relacionados con la medicación (PRM) y resultados negativos relacionados con la medicación (RNM)

PROBLEMAS DE SALUD				TRATAMIENTOS		EVALUACIÓN	
Inicio	Problemas de salud	Preocupación	Control	Fecha de Inicio	Medicamentos	PRM	RNM
2011	Hipertensión Arterial	No	Si	2011	Enalapril 20 mg	Interacción farmacodinámica leve con diclofenaco tópico y con naproxeno	Inseguridad

PROBLEMAS DE SALUD				TRATAMIENTOS		EVALUACIÓN	
Inicio	Problemas de salud	Preocupación	Control	Fecha de Inicio	Medicamentos	PRM	RNM
2013	Dislipemia	No	Si	2013	Simvastatina 20 mg	No existe ninguna interacción.	No aplica
2020	Insomnio	No	Si	2020	Lorazepam 1 mg	Interacción farmacodinámica moderada con sertralina.	Inseguridad
2020	Ansiedad	No	Si	2020	Sertalina 100 mg	Interacción farmacodinámica moderada con el naproxeno y lorazepam, y leve con diclofenaco tópico. Riesgo aumentado de sangrado digestivo.	Inseguridad
2025	Cialgia izquierda	No	No	2025	Naproxeno 500 mg	Interacción farmacodinámica moderada con sertralina y diclofenaco tópico, y leve con enalapril. Uso de medicación no necesaria	Inseguridad
					Diclofenaco tópico 11'6 mg/g	Interacción farmacodinámica moderada con naproxeno, y leve con sertralina y enalapril. Uso de medicación no necesaria	Inseguridad
2025	Hemorragia digestiva alta	Si	No	2025	Pantoprazol 80 mg	Combinación AINE + ISRS sin IBP	Inseguridad

Tabla 3: Medicación prescrita al inicio del ingreso

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	POSOLOGÍA
Hemorragia digestiva	Pantoprazol 80 mg	Perfusión intravenosa	Cada 12 horas
Hidratación	Suero salino fisiológico 500 ml	Perfusión intravenosa continua	Cada 12 horas

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	POSOLÓGIA
Aporte calórico	Glucosa 10% 500 ml	Perfusión intravenosa	Cada 8 horas
Dolor	Paracetamol 1 g	Perfusión intravenosa	Alternando cada 4 horas
	Metamizol 1 g		
Tratamiento náuseas/vómitos	Metoclopramida 10mg / 2ml	Perfusión intravenosa	Si precisa cada 8 horas por náuseas
Tratamiento deficiencia de hierro	Hierro III carboximaltosa 1000 mg/20 ml	Perfusión intravenosa	Dosis única

Además, se administra glucosa como aporte calórico, manteniéndose la medicación habitual de la paciente y se inicia tratamiento para las náuseas y vómitos relacionados con la hemorragia.

Se administra hierro intravenoso para reponer el déficit causado por la hemorragia. Al ingreso, la hemoglobina era de 10,8 g/dL (hematocrito 32,7%) y al alta, de 9,3 g/dL (hematocrito 29,5%), una disminución esperada debido a la redistribución de volumen tras la hemorragia y la fluidoterapia. Según las pautas clínicas, el hierro intravenoso está indicado en niveles de hemoglobina entre 7-8 g/dL y 11 g/dL, como es el caso de esta paciente.⁽⁵⁾

Dado el efecto prolongado del hierro intravenoso, se debe reevaluar el nivel de hemoglobina al menos 4 semanas después de la última administración para permitir la eritropoyesis y la utilización del hierro.⁽⁵⁾

Conciliación del tratamiento

Se concilió el tratamiento para verificar si faltaba alguna medicación en comparación con la medicación habitual de la paciente (tabla 1). Las decisiones de conciliación se resumen en la tabla 4.

Tabla 4: Conciliación de la medicación habitual tras el alta hospitalaria

TRATAMIENTO	SITUACIÓN EN EL INFORME DEL ALTA	SITUACIÓN TRAS LA CONCILIACIÓN
Enalapril 20 mg	No prescrito	Reintroducir y mantener (medicación habitual)
Lorazepam 1 mg	No prescrito	Reintroducir y mantener (medicación habitual)
Simvastatina 20 mg	Prescrito (<i>Medicación habitual</i>)	Mantener
Sertralina 100 mg	Prescrito (<i>Medicación habitual</i>)	Mantener (según beneficio-riesgo)
Subcitrate de bismuto potasio 140 mg + Metronidazol 125 mg + Clorhidrato de tetraciclina 125 mg (Pylera®)	Prescrito (<i>Nuevo tratamiento</i>)	Iniciar y mantener
Omeprazol 40 mg	Prescrito (<i>Nuevo tratamiento</i>)	Iniciar y mantener

TRATAMIENTO	SITUACIÓN EN EL INFORME DEL ALTA	SITUACIÓN TRAS LA CONCILIACIÓN
Metamizol 575 mg	Prescrito (<i>Nuevo tratamiento</i>)	Iniciar y mantener (si precisa)
Paracetamol 1 g	Prescrito (<i>Nuevo tratamiento</i>)	Iniciar y mantener (si precisa)

No se incluyó el antihipertensivo enalapril (20 mg/24 h) debido a la hipotensión secundaria a la hemorragia digestiva. Tampoco se pautó el lorazepam (1 mg/24 h) de forma rutinaria y se administró según necesidad.

A pesar de la posible relación de la sertralina con el incremento del riesgo de sangrado gastrointestinal, se decidió mantenerla tras valorar la relación beneficio-riesgo realizando un seguimiento con controles periódicos para evaluar la evolución y ajustar el tratamiento si fuera necesario.

Resultados

La paciente recibió el alta hospitalaria al quinto día con la medicación actualizada en la receta electrónica. Se suspendieron los tratamientos de uso exclusivo hospitalario y la medicación que se mantuvo se pasó a vía oral (tabla 5).

Tabla 5: Medicación prescrita en el alta hospitalaria

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO	POSOLÓGIA
Erradicación de <i>Helicobacter pylori</i>	Subcitrate de bismuto potasio 140 mg + Metronidazol 125 mg + Clorhidrato de tetraciclina 125 mg (Pylera®)	3 comprimidos/ 6h (<i>durante 6 semanas</i>)
Prevención de úlcera duodenal	Omeprazol 40 mg	1-0-0 (<i>en ayunas</i>)
Hipertensión arterial	Enalapril 20 mg	1-0-0
Insomnio	Lorazepam 1 mg	0-0-1
Ansiedad	Sertralina 100 mg	1-0-0
Control del dolor	Paracetamol 1 g	Si precisa (<i>alternar cada 4 horas durante 2 semanas</i>)
	Metamizol 575 mg	
Dislipemia	Simvastatina 20 mg	0-0-1

En la prescripción del alta, se reintrodujo enalapril 20 mg que la paciente tomaba previamente, para continuar con el control de la presión arterial. También se añadió lorazepam 1 mg para el insomnio, sertralina 100 mg para la ansiedad y simvastatina 20 mg para el control del perfil lipídico.

Siguiendo el protocolo de la unidad de sangrado y considerando el antecedente de úlcera duodenal por *Helicobacter pylori* y el uso reciente de AINE sin gastroprotección, se considera que la hemorragia tiene un origen multifactorial. Aunque los fármacos fueron el principal desencadenante, no se descarta una reactivación de *Helicobacter pylori*. Se solicitó una prueba de antígenos en heces que resultó positiva, por lo que se pautó tratamiento de erradica-

ción con la combinación de subcitrato de bismuto/metronidazol/tetraciclina y omeprazol.

Discusión

La gastroprotección mediante un IBP es esencial en pacientes con antecedentes de algunas enfermedades del tracto gastrointestinal o que toman medicamentos gastrolesivos, pero su indicación debe basarse en factores de riesgo bien establecidos. Se recomienda su uso en mayores de 65 años, con antecedentes de úlcera péptica o hemorragia digestiva, especialmente si toman AINE, antiagregantes o corticoides junto con anticoagulantes o ISRS, o presentan otras comorbilidades. Cabe destacar un error de prescripción previo, ocurrido en noviembre de 2024, cuando se pautó naproxeno sin IBP a pesar de que la paciente ya cumplía criterios de gastroprotección por edad y antecedentes. La revisión crítica de este hecho resulta relevante para prevenir errores similares y mejorar la calidad asistencial.

En este caso, la prescripción inicial de AINEs para la cialgia izquierda en noviembre, omitió IBP pese a la sertralina concomitante y otros factores de riesgo, y la paciente se automedicó con dosis sobrantes ante un nuevo episodio de cialgia en enero sin consultar al médico y sin gastroprotección.

El uso no adecuado de naproxeno sobrante de una prescripción previa para tratar la cialgia izquierda ya resuelta, sin indicación clínica actual ni supervisión médica/farmacéutica, fue el factor determinante de la hemorragia digestiva junto con otros factores de riesgo como el antecedente de úlcera duodenal y el hábito tabáquico. La combinación con sertralina incrementa aún más el riesgo de sangrado, por lo que es necesario un manejo adecuado de ambos fármacos. En este caso, se recomendó continuar con sertralina bajo supervisión médica y evitar el uso de naproxeno, sustituyéndolo por fármacos que no aumentaran el riesgo de hemorragia si era necesario.

La resolución del episodio requirió la intervención coordinada por distintos profesionales sanitarios a lo largo del proceso asistencial. Mientras que el equipo médico de urgencias estableció el diagnóstico y el tratamiento inicial, la participación del farmacéutico hospitalario permitió identificar problemas relacionados con la medicación, realizar la conciliación terapéutica y proponer ajustes en la prescripción al alta. Esta colaboración interdisciplinar fue fundamental para optimizar el tratamiento y mejorar la seguridad del paciente.

En conjunto, este caso pone de manifiesto la importancia de que los profesionales sanitarios consideren de forma sistemática la posible relación entre un nuevo problema de salud y la medicación del paciente, revisen de manera crítica los tratamientos prescritos y realicen los ajustes necesarios, incluyendo estrategias de gastroprotección adecuadas, con el objetivo de prevenir eventos adversos evitables y mejorar la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ [Internet]. 2019 Mar 25; 364:l536. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l536>
2. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Protocolo de uso racional de los inhibidores de la bomba de protones. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Vol.II-Nº1. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:dc33b5a7-9e37-48dc-abae-f21078d3a-7ca/ProtocolosC_V2_N1_2020.pdf
3. Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS, Nagesh KS. Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants and Abnormal Bleeding: A Review for Clinicians and a Reconsideration of Mechanisms. The Journal of Clinical Psychiatry [Internet]. 2010; 71(12):1565–75. DOI: 10.4088/JCP.09r05786blu. Disponible en: Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: a review for clinicians and a reconsideration of mechanisms - PubMed
4. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: add an anti-ulcer drug for patients at high risk only. Always limit the dose and duration of treatment with NSAIDs. Prescribe international [Internet]. 2011 Sep;20(119):216–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21954519/>
5. Mearin F, Balboa A, Castells A, Domínguez JE, Esteve M, García-Erce JA, et al. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. Gastroenterología y Hepatología. 2010 Oct; 33(8):605–13. Disponible en: Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva | Gastroenterología y Hepatología