

NuevoHospital versión digital

GUÍA DE URGENCIAS

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Concepción Fernández Escaja

**SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.SACYL**

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

GUÍA DE URGENCIAS 2002

- 1 Cólico nefrítico
- 2 Epilepsia
- 3 Hemorragia digestiva alta (HDA)
- 4 Infarto agudo de miocardio
- 5 Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE)
- 6 Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)
- 7 Infecciones urinarias
- 8 Paciente quemado grave
- 9 Intubación rápida
- 10 Vía clínica: Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

AUTORES

Sebastián Fernández; Antonio Esteban; Consolación Rodríguez; Concepción Fernández; José Lázaro; Javier García; Miguel Angel Folgado; Anselma Fernández; Angel Chapa; Raquel Pardo; Lucio San Norberto; Ana Lucía Muñoz

SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA. SACYL



**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA**

SERVICIO DE URGENCIAS

**HOSPITAL VIRGEN
DE LA CONCHA**

Octubre 2002

DEFINICIÓN:

La HDA es la extravasación de sangre en el tubo digestivo por un punto sangrante que se localiza entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz o flexura duodenoyeyunal.

Este sangrado puede proceder del propio tubo digestivo o de estructuras adyacentes que vierten su contenido hemático en él.

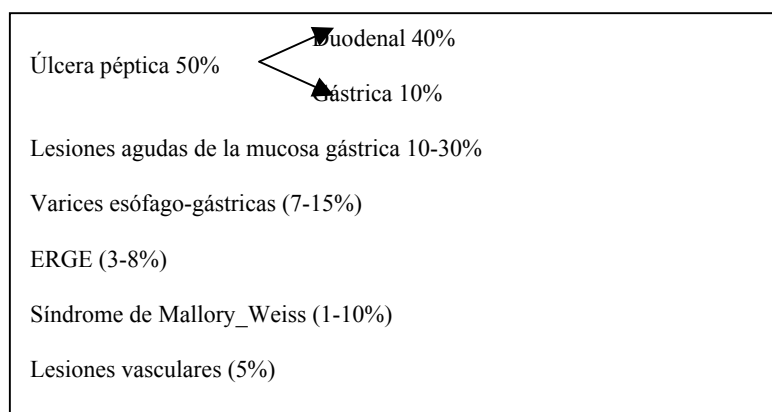
Se manifiesta en forma de hematemesis, melena, o ambas, dependiendo de la localización de la lesión, cantidad de la pérdida hemática y de la rapidez del sangrado.

EPIDEMIOLOGÍA:

- La HDA es una de las causas más frecuentes de demanda de atención Urgente, con una incidencia de 100-160 casos por 100.000 habitantes y año.
- Constituye la principal urgencia gastroenterológica y 1ª causa de mortalidad después del cáncer (10-14%), asociándose a enfermedades concomitantes y a la edad.
- La incidencia en el hombre es el doble que en la mujer y se incrementa esta patología con la edad (50-60 años).
- El 16% requiere cirugía urgente

ETIOLOGÍA:

A) Causas más frecuentes



Úlcera péptica: en la mayoría de las ocasiones el sangrado cesa espontáneamente.

Lesiones agudas mucosa gástrica: presentan sangrado leve el aspecto endoscópico es de erosiones superficiales múltiples y zonas de hemorragia submucosa, se asocian a toma AINE, alcohol, coagulopatías, pacientes críticos, politraumatizados

Esofagitis: habitualmente el sangrado es leve y abundante si se asocia con úlcera.

S. Mallory-Weiss: desgarros de la mucosa en la unión esófago-gástrica. Normalmente en pacientes alcohólicos.

Neoplasias digestivas

Lesiones vasculares:

- Hemangioma
- Malformaciones arterio-venosas
- Ectasia vascular antral o Watermelon-Stomach (por su apariencia de sandía) vénulas dilatadas con trombosis focal.
- Fístula aorto-entérica (en pacientes con by-pass aorto-femoral)
- Hemobilia (salida de sangre por la papila de Vater por fístula arteriobiliar traumática después de biopsia hepática)

B) Otras causas: El incremento progresivo de HDA por úlcera se debe al **uso cada vez más frecuente e indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINE)**, siendo particularmente grave el problema si se dan a pacientes de edad avanzada (>75 años) y con antecedentes de úlcera, HDA, cardiopatía, etc.

- **El efecto gastroerosivo de los AINE es dosis-dependiente**, el RR (riesgo relativo) de HDA es mayor a medida que aumentan las dosis. Esto es importante considerando la antiagregación una de las principales indicaciones del uso de AAS, para la cual son necesarias dosis mínimas.
- **La mayoría de episodios de sangrado ocurren al comienzo del tratamiento con AINE.**
- **Los preparados con cubierta entérica producen menor riesgo** (1,1 frente a 4 AAS convencional)
- **El uso de anticoagulantes se asocia a mayor riesgo de hemorragia digestiva alta**, aunque en la mayoría de los casos existe lesión gastrointestinal subyacente (el riesgo es 3,3 veces mayor que en el resto de la población).
- **El riesgo de HDA en pacientes que toman anticoagulantes asociados a un AINE es de 12,7%**

- **Hay mayor riesgo de HDA en pacientes que toman calcioantagonistas** cuando existen lesiones subyacentes.

VALORACIÓN INICIAL:

- a) Antecedentes personales: Episodios previos de HDA o HDB, Antecedentes digestivos, Presencia de hepatopatía, Otra patología asociada, Cardiopatía, Neumopatía, Neuropatía, I. Renal, Alteraciones metabólicas, Traumatismo reciente, Cirugía previa, Alergias, Ingesta de tóxicos (alcohol, caústicos, ...), Ingesta de medicación gastroerosiva (AINES, salicilatos), Medicamentos anticoagulantes (heparina, dicumarínicos), Reserpina, Ac. Etacrínico, Sales de potasio, Sulfato ferroso, Antiserotoninérgicos, Nifedipino en ancianos, Medicación que dificulte la recuperación hemodinámica del paciente (betabloqueantes).
- b) Anamnesis: debe ser rápida y completar la historia clínica cuando el paciente esté estable.

Interrogar sobre presencia de hematemesis, melenas y hematoquecia; Tiempo transcurrido desde el inicio; Cortejo vegetativo; Identificar otros síntomas consecuencia del sangrado agudo en pacientes con patología asociada.

Síntomas dispépticos (epigastralgia, pirosis, náuseas, vómitos).

La desaparición de la epigastralgia al inicio de la hemorragia es característico de sangrado por úlcera péptica

- c) Exploración física:

- Constantes (T^a, T.A, F.C, F.R)
- Nivel de conciencia
- Coloración cutáneomucosa
- Estigmas de enfermedad hepática (arañas vasculares, eritema palmar, circulación venosa colateral)
- Presencia de equimosis o petequias (enfermedades hematológicas)
- Auscultación cardíaca y pulmonar: taquicardia, soplos, disnea.
- Exploración abdominal: aumento de peristaltismo intestinal por estímulo de la sangre sobre la motilidad gastrointestinal, ascitis, hepatoesplenomegalia, masas, soplos abdominales, pulsos femorales, etc.
- Tacto rectal (obligada exploración)
- Sondaje gástrico (discutible su empleo por su baja sensibilidad y especificidad):
 - No en sospecha de Mallory-Weiss por inducir vómito y agravar el desgarro esófago-gástrico.

- La ausencia de sangre en aspirado no excluye hemorragia.
- El traumatismo del sondaje puede ocasionar falsos positivos.
- Puede dificultar la interpretación de la endoscopia por lesiones por sondaje.
- Enema: puede ser útil para diagnóstico ante una ampolla rectal vacía al tacto y para posterior seguimiento evolutivo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

- Hemograma y estudio de coagulación.
- Bioquímica.
- Pruebas cruzadas para disponer de 4 unidades de concentrado de hematíes. En caso de hemorragia exanguinante administrar sangre isogrupo y Rh compatible o sangre del grupo 0 Rh- sin realizar pruebas cruzadas.
- Gasometría y pulsioximetría.
- ECG y monitorización.
- Rx tórax y abdomen (si el paciente está estable).

DATOS DE LABORATORIO:

- 1) Descenso del hematocrito y hemoglobina ⇒ Indica anemia normocrómica normocítica.
 - El hematocrito en hemorragias agudas no sirve para una primera evaluación, pues suele ser normal por falta de paso de líquido desde espacio extravascular al intravascular que tarda de 24 a 48 h, careciendo de valor durante las primeras 6-24 h para cuantificar la pérdida hemática real.
 - El hematocrito ayuda para valorar una transfusión (con cada unidad transfundida se espera que aumente en unos 3 puntos)
- 2) Aumento de urea plasmática a partir de 2-3 veces su valor normal, con normalidad de creatinina sérica. Este aumento de la urea se inicia a las 2 h del comienzo del sangrado y se normaliza al cesar ésta (entre 48 y 72 h).
- 3) Razón BUN/creatinina está aumentada en la HDA y cifras de este cociente >100 diferencian HDA de HDB en el 90%.

- 4) Estudio de coagulación para detectar presencia de coagulopatía primaria o alteración secundaria a hepatopatía crónica subyacente. Existe riesgo de sangrado con cifras <40.000 plaquetas.

DIAGNÓSTICO:

FORMAS DE PRESENTACIÓN	HEMATEMESIS	Vómitos sangre roja (fresca) En posos de café (digerida)
	MELENA	Deposición negra, alquitranada, brillante, maloliente, pegajosa y de consistencia pastosa
	HEMATOQUECIA	Sangre roja por recto, heces mezcladas con sangre o diarrea sanguinolenta
	SANGRADO NO OBJETIVABLE	Con síntomas que lo sugieren: palidez, síncope, disnea, angor, shock

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	CAUSAS PSEUDOHEMATEMESIS	Bebidas: cola, café √ simulan posos de café Vino tinto, tomate, cerezas... √ simulan sangre fresca
	CAUSAS PSEUDOMELENA	Sangre cocinada, espinacas, tinta de calamares, regaliz, sales de bismuto y hierro (negro pizarroso, verdoso o grisáceo oscuro)
	CAUSAS PSEUDOHEMATOQUECIA	Remolacha...

CECOS	Hemorragia territorio nasofaríngeo (epistaxis, gingivorragias...)	Explorar boca y fosas nasales
	Hemorragia territorio pulmonar (hemoptisis)	Sangre rojo espumosa y con la tos √ Hemoptisis Sangre menos brillante y por vómito √ Hematemesis
	Sangre otros orígenes que puede ser deglutida	

La posibilidad de confundir las manifestaciones clínicas de una HDA es tal que la Organización Mundial de Gastroenterología (OMGE) sólo acepta como auténtica hematemesis la referida por parte del paciente de vómitos de sangre roja o con coágulos y cuando el paciente o sus familiares refieren vómitos oscuros o en posos de café y/o melenas es necesario su comprobación por personal cualificado.

CONSIDERACIONES:

- La hematemesis y melena no están presentes en el momento de la asistencia en urgencias en el 25% de los pacientes con HDA que acuden al servicio.
- Del 5 al 14% de las HDA se manifiestan por hematoquecia.
- Del 5 al 10% de HDB se manifiestan por melenas.
- La melena se puede deber a sangrado digestivo bajo proximal al colon derecho.
- Los vómitos en posos de café en un 50% de los casos se pueden deber a otros procesos.
- Para que se produzca la melena es preciso un sangrado mínimo de 50-100ml, y que la sangre permanezca en el tubo digestivo durante al menos 8 horas, y así se produzca la oxidación de la hemoglobina, puede persistir hasta 5 días después de cesar el sangrado.
- Si el sangrado digestivo alto es mayor de un litro y se produce en menos de una hora, puede manifestarse como hematoquecia.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

B) Endoscopia: debe hacerse en las primeras 24 h en todo paciente con HDA y en casos de sangrado activo o inestabilidad, tras estabilización y transfusión sanguínea si es preciso y cuanto antes se realice mayor eficacia diagnóstica. El tratamiento endoscópico precoz reduce la incidencia de resangrado, la estancia hospitalaria y mejora la supervivencia.

Contraindicaciones: sospecha o certeza de perforación de víscera hueca, inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar, I. Respiratoria grave ($pO_2 < 55$ mmHg o $pCO_2 > 50$ mmHg), postoperatorio reciente del tracto digestivo superior (<7 días), IAM reciente, aneurisma aorta torácica, cirugía toracoabdominal reciente, falta de colaboración del paciente.

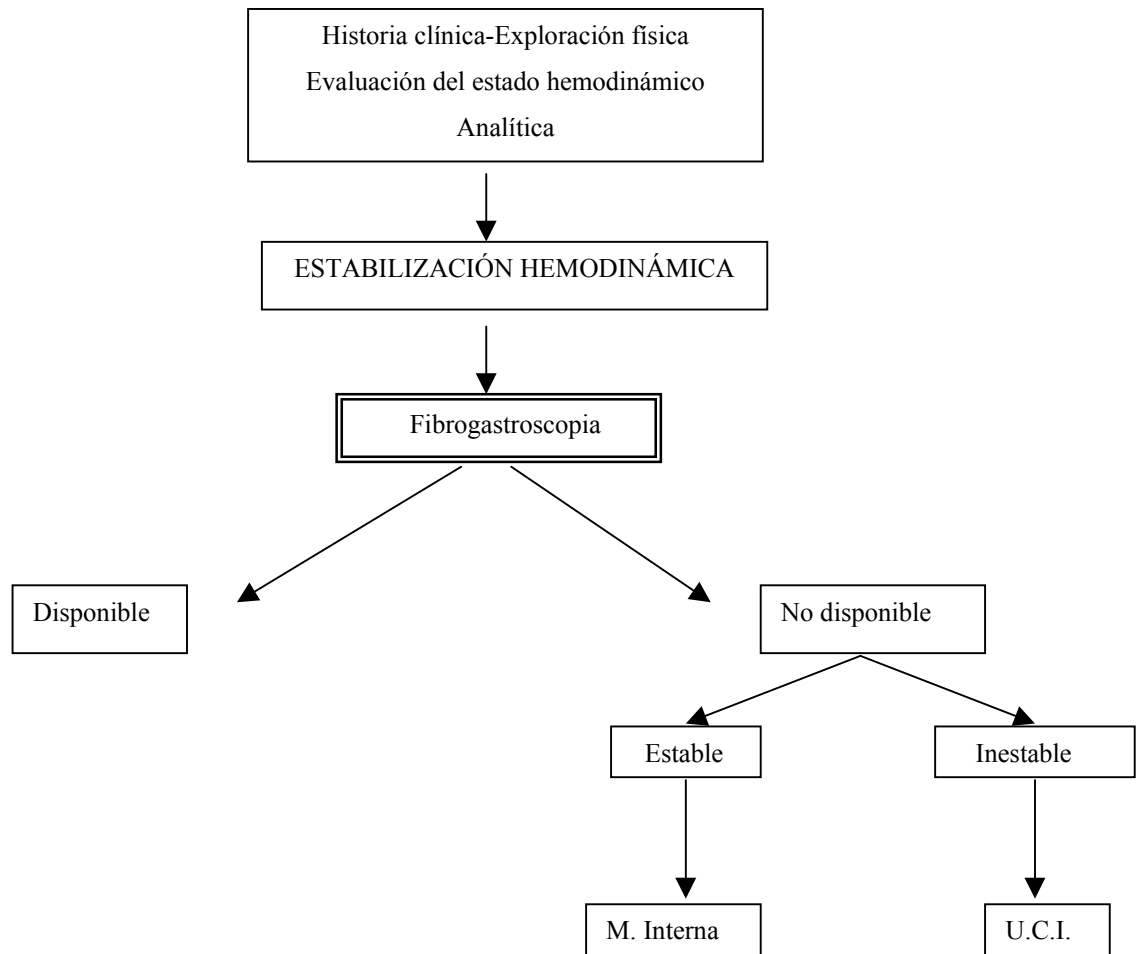
C) Radiología baritada: su sensibilidad de detección del punto sangrante es significativamente menor. Se utiliza cuando hay contraindicación de la endoscopia.

D) Angiografía: en sangrado masivo, por no verse la mucosa por endoscopia. Permite localización y tratamiento mediante embolización.

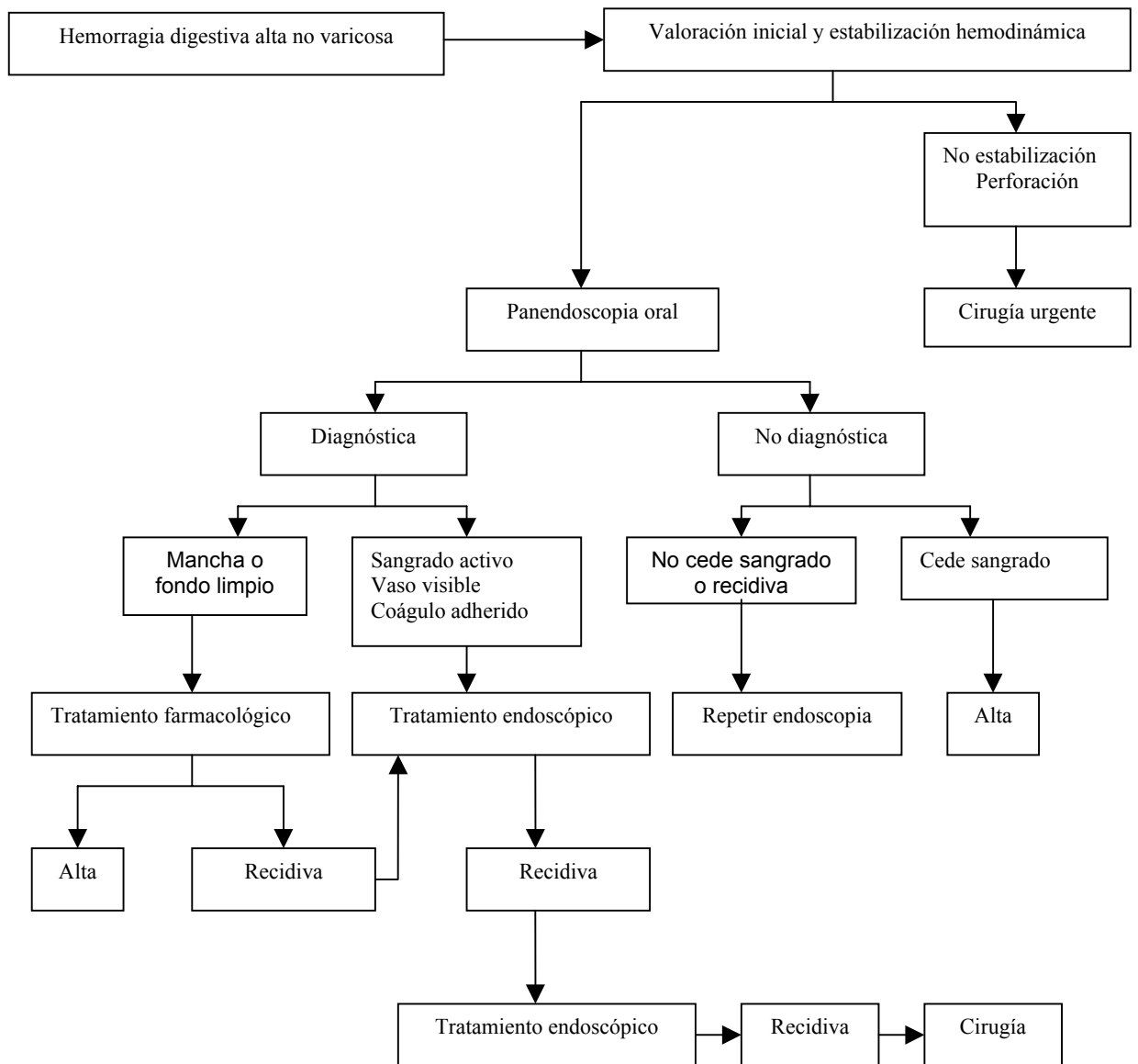
E) Estudios isotópicos con hematíes marcados (excepcionales)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

ALTA:



ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO:



MEDIDAS GENERALES:

- Colocar al paciente en decúbito en posición Trendelenburg (si está en situación de shock), en decúbito lateral izquierdo si vomita para evitar aspiración.

- Sondaje uretral, diuresis horaria si hay repercusión hemodinámica.

- Monitorizar T.A. y F.C.: toma de T.A después de cada sangrado (especial atención cuando TAS<90 mm Hg o descenso superior a 30 mm Hg respecto a anteriores controles).

- Oxígeno a 15 l/minuto en shock.

- Intubación si existe deterioro del nivel de conciencia o depresión respiratoria.

- Canalizar vía venosa periférica (2 vías) con abocath (14-16) o vía venosa central y comenzar a pasar suero fisiológico 21 gotas/minuto. Si hay repercusión hemodinámica, profundir a chorro soluciones cristaloides (Ringer lactato y suero fisiológico) hasta estabilizar cifras tensionales y desaparición de signos de hipoperfusión.

Se necesitan 1500-2000 ml./h. Para sustituir una pérdida aguda de 450 ml. Se requiere un volumen 3-4 veces superior al de la pérdida.

- HES (Elohes, Voluven, Expafusin) Dosis de 20 ml/kg./día. No pasar de 1500 ml/día. Efectos secundarios: reacción anafiláctica en los primeros 10-20 ml. Riesgo de sobrecarga circulatoria (precaución en hepatópatas, trastornos de coagulación, edema pulmonar y I. Renal)

- Tener sangre cruzada para transfundir el tiempo que esté inestable y 48 tras su estabilización.

- 2CH de entrada y después guiarnos por clínica y analítica. Por cada unidad aumenta 1,5 puntos la hemoglobina.

- La trasfusión de plasma fresco (2 unidades) se hará en pacientes con coagulopatías o por cada 4-6 CH transfundidos. En pacientes anticoagulados se suspenderá la medicación y se trasfundirá plasma fresco en pacientes con un INR por encima del rango terapéutico (corregir el INR a 1,5-2,5)

- Administrar factor deficitario en pacientes con defectos específicos de factores.

- La transfusión de plaquetas (6 unidades) se realizará con la transfusión de cada 10 CH, en casos de intensa trombopenia (mantener la cifra de plaquetas alrededor de 70000), pacientes con ingesta de AAS o urémicos donde no se puede controlar el sangrado.

CLASIFICACIÓN HEMODINÁMICA PARA ESTABLECER CRITERIOS DE GRAVEDAD:

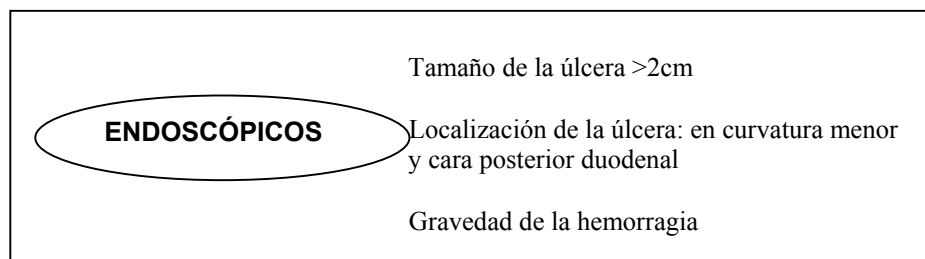
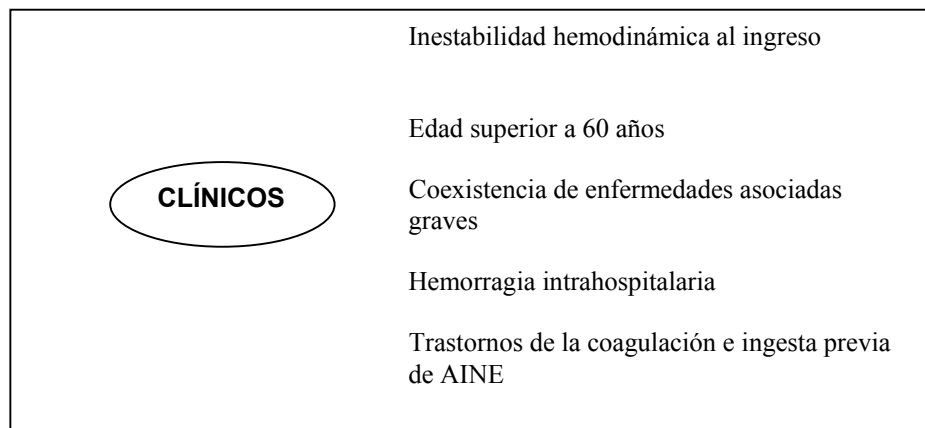
	LEVE	MODERADA	GRAVE
PERDIDA VOLUMEN SANGUÍNEO	10%	10-15%	25-35%
TA SISTÓLICA	>100 mm Hg	>100 mm Hg	<100 mm Hg
FRECUENCIA CARDIACA	<100 lat/min	>100 lat/min	>100 lat/min
ORTOSTATISMO	Sin cambios	Algún cambio	Hipotensión ortostática (>10mm Hg) * Riesgo vital: TM >10 mm Hg PAS © >20 lat/min
SIGNOS NEUROLÓGICOS	Ansiedad y pocas alteraciones	Agitación	Confusión, somnolencia, obnubilación
SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN PERIFÉRICA	Piel normal	Ligera vasoconstricción periférica	Piel fría y húmeda, sudoración profusa, cianosis, livideces

CLASIFICACIÓN DE FORREST: RIESGO DE RECIDIVA

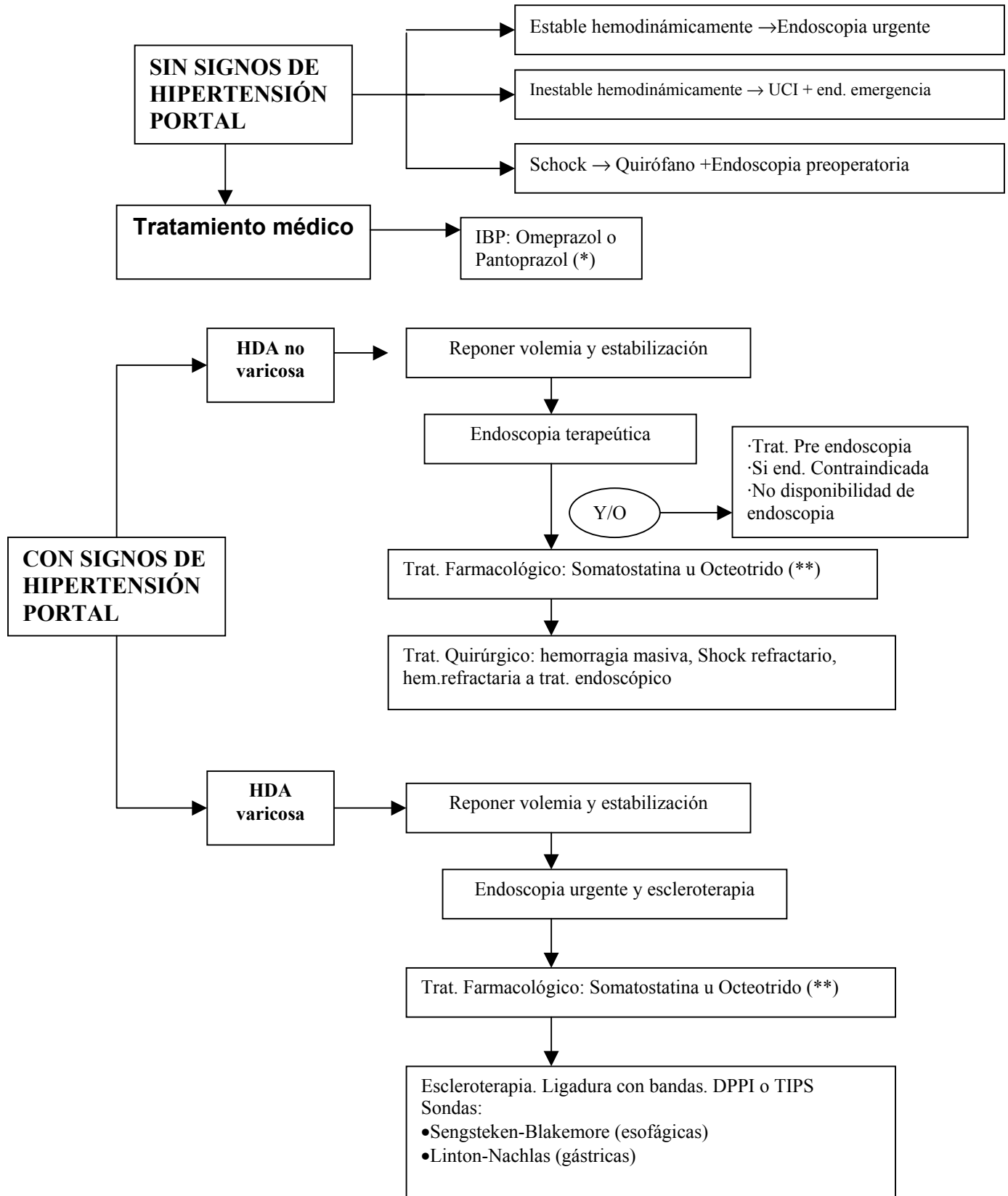
Tipo	Descripción	Recidiva (%)	Interpretación	Tratamiento
IA	Sangrado a chorro	85%	Sangrado activo	Tratar
IB	Sangrado en sábana	55%		
IIA	Vaso visible	43%	Hemostasia reciente	Retirar coágulo y tratar
IIB	Coágulo adherido	35%		

IIC	Mancha negra	5-10%		No precisa
III	Fondo de fibrina	2%	No sangrado	No precisa

Actualmente están consensuados mundialmente una serie de factores pronósticos, clínicos y endoscópicos, que identifican a los pacientes con úlcera y riesgo de recidiva hemorrágica.



ALGORITMO TERAPÉUTICO:



(*) OMEPRAZOL: Dosis inicial de 80mg (2 ampollas) diluidas en 100ml de suero fisiológico a pasar en 20 minutos.

Posteriormente una ampolla (40mg) diluida en 50 ml de suero fisiológico a pasar en 20 minutos, cada 8 horas.

Se ha demostrado la mayor eficacia de altas dosis de Omeprazol en infusión IV continua, como complemento al tratamiento endoscópico hemostático (Se inicia con bolo de 80 mgr + perfusión a ritmo de 8 mgr/h durante 72 horas), frente a inyecciones IV repetidas.

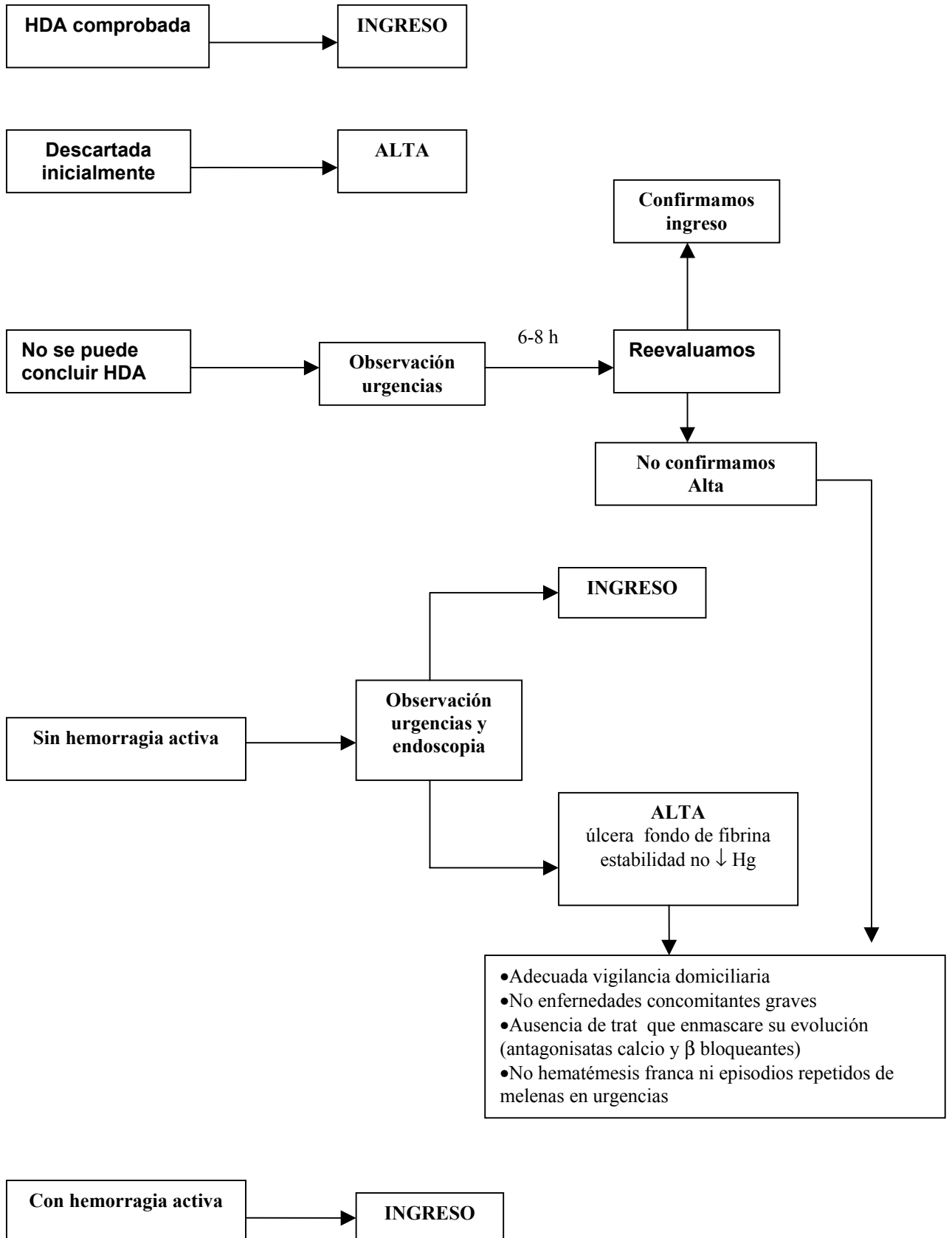
(*) PANTOPRAZOL: Dosis inicial de 80mg (2 ampollas). Seguido de 40mg cada 12 horas.

() SOMATOSTATINA (SOMIATÓN®):** Ampollas de 2ml con 250µg. Se utiliza a dosis inicial de 250µg en bolo IV, seguido de perfusión continua de 250µg/hora (Se diluyen 12 ampollas de Somiatón en 500 ml de S.F., perfundiéndose a ritmo de 14 gotas/min o 42 ml/hora).

() OCTEOTRIDO (SANDOSTATÍN):** Ampollas de 1ml con 0,05 mg o de 1ml con 0,1 mg.

Se utiliza a dosis inicial de 50µg en bolo IV, seguido de perfusión continua de 25µg/hora, durante 2 a 3 días. También se puede utilizar por vía subcutánea.

CRITERIOS DE INGRESO:



Pautas Erradicación Helicobacter Pylori

Primera elección

Pauta OCA (Omeprazol + Claritromicina + Amoxicilina)

- Omeprazol 20 mgr/12 h. 7 días
Posteriormente 20 mgr/24 h. 3 semanas más
- Claritromicina 500 mgr/12 h. 7 días
- Amoxicilina 1gr/12 h. 7 días
(* En alergia a Penicilina Metronidazol 500 mgr/12 h. 7 días

Pauta PCA (Pantoprazol + Claritromicina + Amoxicilina)

- Pantoprazol 40 mgr/12 h.

Pauta LCA (Lansoprazol + Claritromicina + Amoxicilina)

- Lansoprazol 30 mgr/12 h.

Si fracasa el tratamiento de primera elección se recomienda como tratamiento de rescate:

Tratamiento de Rescate

(Omeprazol 20 mgr, Lansoprazol 30 mgr, Pantoprazol 40 mgr/12 h.) + h.)+ Subcitrate de bismuto (120 mgr/6 h.) + Tetraciclina (500 mgr./6h.) + Metronidazol (500 mgr/8 h.)
7 días

Pacientes que precisen tratamiento con AINE y tengan úlcera:

Omeprazol 40 mgr/día

Úlcera sin infección por H. Pylory y sin tratamiento con AINE:

Omeprazol 20 – 40 mgr/día

U. Duodenal (4 a 6 semanas)

U. Gástrica (8semanas)

BIBLIOGRAFÍA:

ANNA D.WALLING, M.G. “Risk Score Identifies Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding”. American Family Physicians. April 1, 2001

<http://www.aafp.org/afp/20010401/tips/3.html>

CALLEJA PANERO, J.L. y MARTINEZ PORRAS, J.L. “Hemorragia digestiva alta no varicosa”. Medicina 2000; 8(14):725-733

FARRERAS-ROZMAN. Medicina Interna. 14ª edición. Vol.I. Barcelona. Ediciones DOYMA; 2000

HUMBERT, P. “Diagnóstico de la Hemorragia Digestiva Alta: mirar no cuesta dinero”. Med. Clínica, Barcelona, 1997; 109: 707-708.

JARAMILLO, J.L., MONTERO, J.L., JIMÉNEZ-MURILLO, L., GÁLVEZ, C., BERLANGO, A. Y MARTINEZ DE LA IGLESIA, J. “ Hemorragia Digestiva Alta: diagnóstico sindrómico en el servicio de urgencias de un hospital”. Med. Clínica, Barcelona, 1997; 109: 696-701

MONTERO PÉREZ, J.L. “Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta en urgencias” Emergencias 2002;14: 519-527

MONTERO PÉREZ, J.L , GOSALBEZ PEQUEÑO, B. “Hemorragia Digestiva Alta: no siempre es clínicamente evidente en urgencias” Emergencias 1999;11: 404-412

PASCUAL MORENO, I., PEÑA ALDEA, A., HERREROS MARTINEZ,B. Y BENAGUES MARTINEZ, A. “Protocolo diagnóstico de la rectorragia” Medicina 2000; 8(7): 360-363

PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS “Manejo de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta” Marzo 2000; 25

Capítulo	Nº NuevoHospital
Cólico nefrítico	36
Epilepsia	37
Hemorragia digestiva alta (HDA)	38
Infarto agudo de miocardio	39
Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV)	40
Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)	41
Infecciones urinarias	42
Paciente quemado grave	43
Intubación rápida	44

Guías publicadas

GUÍA DE URGENCIAS 2002

- 1 Cólico nefrítico (nh200236)
- 2 Epilepsia (nh200237)
- 3 Hemorragia digestiva alta (HDA) (nh200238)
- 4 Infarto agudo de miocardio (nh200239)
- 5 Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) (nh2002340)
- 6 Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA) (nh200241)
- 7 Infecciones urinarias (nh200242)
- 8 Paciente quemado grave (nh200243)
- 9 Intubación rápida (nh200244)
- 10 Vía clínica: Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada (nh200214)

AUTORES

Sebastián Fernández; Antonio Esteban; Consolación Rodríguez; Concepción Fernández; José Lázaro; Javier García; Miguel Angel Folgado; Anselma Fernández; Angel Chapa; Raquel Pardo; Lucio San Norberto; Ana Lucía Muñoz

SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA. SACYL

