

GUÍA DE ACTUACIÓN EN UNA GUARDIA DE MEDICINA INTERNA:

Hemorragia Digestiva Alta en Planta, sin digestivo de guardia

(Dra. Y. González Aranda: 20/01/2009)

DEFINICIÓN: hemorragia entre el EES y el ángulo de Treitz.

ETIOLOGÍA: más frecuente úlcera péptica GD y Mallory-Weiss.

VALORACIÓN: **grave**: presencia de 2 ó >:

- Hipoperfusión periférica+TAS<100 mmHg+Fc>100 lpm
- Trasfunder >3 UCH(UCHties), ó > 1000m/h para estabilizar.
- Trasfunder >2 UCH cada 3 horas durante 6 h.

leve:

- No hipoperfusión periférica+TAS>100 mmHg+FC<100 lpm.
- Trasfunder < 3 UCH en 24 h.

DIAGNÓSTICO: **Sindrómico**:

1. Anemia+Evidencia HDA(hematemesis,melenas,rectorragia)
2. TA,Fc, perfusión periférica.
- 3.Hemograma, coagulación, urea, creatinina, iones, Rx Tórax, ECG;grave: GSA y PH.

Etiológico:

1. Anamnesis: hábitos tóxicos, cirugía, episodios previos, AINES...
2. Expl. física: estigmas de hepatopatía crónica..
3. **GASTROSCOPIA**: EN TODA HDA se realizará PRECOZ(<6h); puede ser diferida(<16h).

SIEMPRE tras estabilizar. Si coma o IR grave: intubación. Si masiva: en quirófano o UCI.

No lavado gástrico: produce lesiones que dificultan diagnóstico.

Se describe en **úlceras**: Lesión,estigmas sangrado(forrest).

en **varices EG**: número, localización y estigmas de hemorragia(activa, pezón vascular, manchas rojas).

Contraindicación: Riesgos> beneficios, No colaboración, No Consentimiento, Sospecha de perforación.

EVOLUCIÓN

- 1.*Autolimitada*: TA, Fc y Hto estables >24h + no hematemesis ni melenas.
- 2.*Persistente*: ↓ hto >5 puntos en 24h o >7 en 48 h /signos de HDA > 24 h.
- 3.*Recidivante*: reaparición de HDA 6h o> tras estabilizar.

PRONÓSTICO: Índice de **Rockall** al ingreso. Valoración de variables(edad, hemodinámica, enfermedades, lesión endoscopia y estigmas de hemorragia reciente). Otra clasificación es la de **Forrest**(ulceras con signos de hemorragia).

TRATAMIENTO:

1. **Inicial:** hemodinámica→reposición de volumen:2 vías gruesas+ analítica+ cruzar y reservar sangre.
 - HDA grave : vía central, sonda vesical ,GSA.
2. **Tto base:** comenzar con sol.cristaloides(SF 0,9%; glucosalino).
 - Shock o TAS<100: sol. coloides(artificiales, naturales).
3. **Pauta:** Estándar(3000ml/24h),cadiópata(2000ml/24h), renal(no oligúrico(3000), oligúrico(500), cirrótico(no SF).
4. **Trasfusión:** Hb<8g/dl (<7 g/dl en jóvenes y <10 g/l en C.I.).
 - NO REPONER RÁPIDO.
5. **F. coagulación**→ Hematología.
 - ACO: suspender. IQ>50%.
6. **Sonda NG:** contraindicada en HDA por VARICES/M-Weiss...
7. **Dieta Absoluta:** si hemorragia reciente.
 - Líquida: 24 h tras cese;Blanda: en 24 h siguientes.

TRATAMIENTO *ULCUS PEPTICO*.

- Fármacos: Omeprazol i.v: bolo inicial: 80mgr → 8 mg/h 72 horas(5amp. 500cc SG en 24h).
- Endoscópico: úlceras Forrest I y II.
- **CIRUGIA URGENTE:** hemorragia masiva,persistente o recidivante.
 - hemorragia no controlable por endoscopia(2 técnicas).

TTO *ESOFAGITIS REFLUJO / MALLORY WEISS*.

- NO COLOCAR Sonda NG.
- Fármacos: Omeprazol i.v.(bolo inicial: 80mgr → 8 mg/h 72 h).
 - Procinéticos i.v.(metoclopramida 1 amp./8 hrs).
- Endoscópico: úlceras Forrest I y II. Cede espontáneamente en el 90%.
- **CIRUGIA :** Criterios = que en ulcus.

TTO *VARICES ESOFAGOGASTRICAS*.

- Monitorizar+Sueroterapia. CUIDADO CON VOLEMIA →restricción de s. fisiológico: Desc.hidrópica, ↑ HT portal. NO Sonda NG.
- Profilaxis de PBE (norfloxacin 400 mgr/24 hrs) y encefalopatía hepática(enemas de lactulosa cada 12 horas).
- Fármacos: Somatostatina i.v: bolo de 250ngr(se puede repetir 3 veces) →250ngr/h o 500ngr/h 5d(3mgr o 6mgr/12h).
- Endoscópico: esclerosis/bandas elásticas.
- Taponamiento con balón de Sengstaken-Blakemore: hemorragia masiva o fracaso de tratamiento médico y endoscópico.
- Otros: TIPS,cirugía.