

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

YOLANDA GONZÁLEZ ARANDA

APARATO DIGESTIVO

H. LA INMACULADA (HUÉRCAL-OVERA)

20 de Enero de 2009

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Bibliografía:

- Feu F, Bulet E, Calvet X, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la HDA aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol. 2003;26:70-85.
- Hernández-Gea V, Villanueva C. Medidas generales y tratamiento farmacológico de HDA no varicosa. GH CONTINUADA. 2008; 7:154-161.
- Ponce J. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Asociación Española de Gastroenterología. 2006;91-100.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

OBJETIVOS GENERALES:

- Establecer guías de actuación en una guardia de Medicina Interna, de uso en el Servicio de Medicina Interna, de problemas de salud considerados relevantes por sus facultativos, y basadas en la mejor evidencia disponible.
- Reducir la variabilidad en la practica clínica en las guardia de Medicina Interna, atendidas por diferentes especialidades médicas.
- Mejorar la morbilidad derivada del no reconocimiento de patologías frecuentes, especialmente por especialistas no habituados a su manejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Recordar las causas de hemorragia digestiva alta.
- Establecer las pautas a aplicar más adecuadas de soporte hemodinámico y control del sangrado hasta la realización de una endoscopia digestiva.
- Reconocer los criterios quirúrgicos de la hemorragia digestiva alta.
- Establecer una guía que permita un manejo óptimo de los pacientes hasta la realización de una endoscopia.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

- 1.- GENERALIDADES
- 2.- VALORACIÓN
- 3.- DIAGNÓSTICO
- 4.- EVOLUCIÓN
- 5.- PRONÓSTICO
- 6.- TRATAMIENTO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1.- GENERALIDADES

DEFINICION: HDA es toda aquella que tiene origen entre el EES y ángulo de Treitz.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1.- GENERALIDADES

EPIDEMIOLOGIA

Emergencia médica frecuente

Incidencia: 50-150 casos/100000 htes.

Mortalidad: 5-10%

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

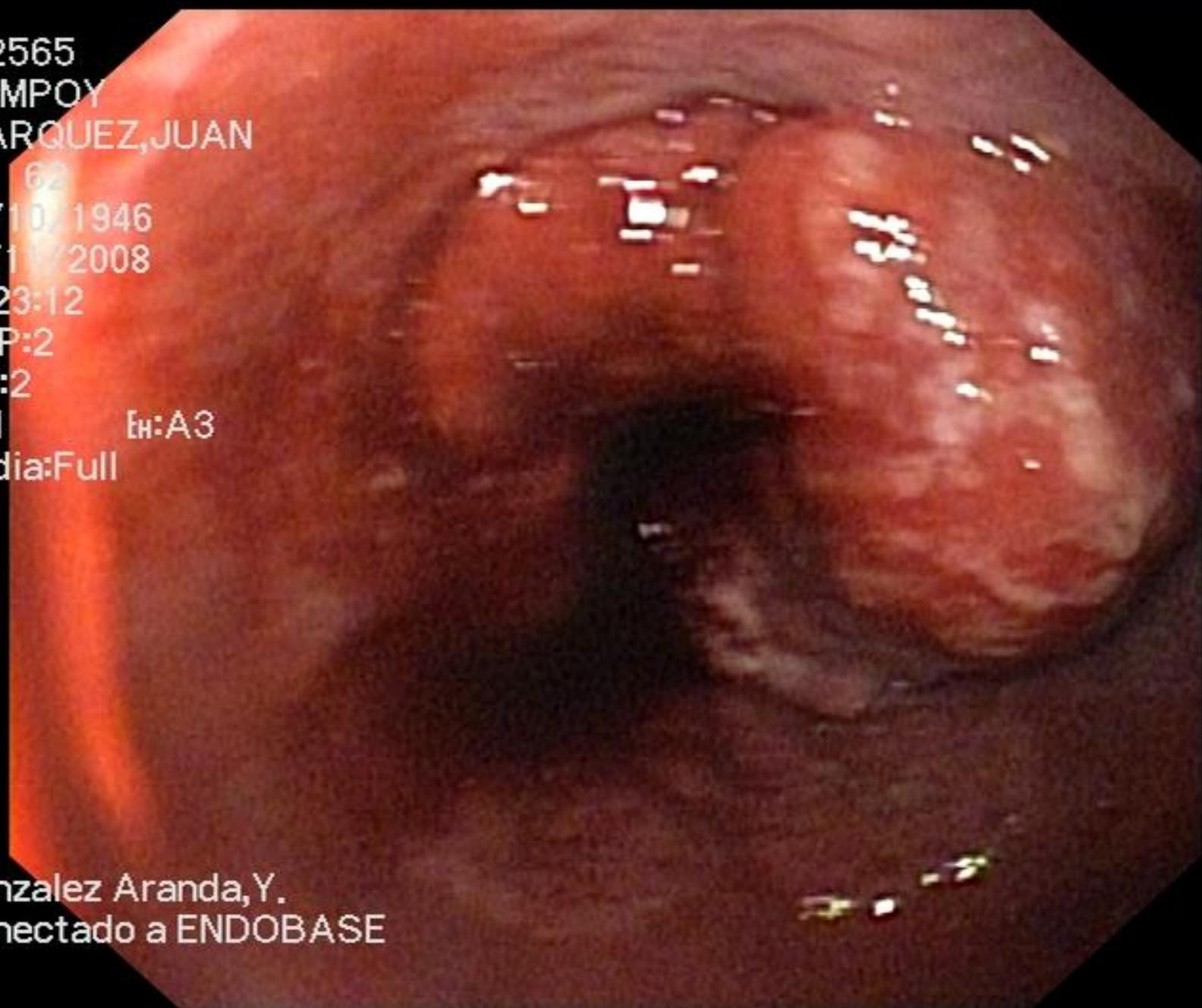
1.- GENERALIDADES

ETIOLOGIA

Úlcera péptica GD	20-50%
SD Mallory- Weiss	15-20%
Erosiones gástro-duodenales	10-15%
Esofagitis /úlcera esófagica	5-10%
Angiodisplasia/malf. vasculares	5%
Neoplasia	1-2%
Otras causas	5%

162565
CAMPOY
MARQUEZ, JUAN
M 62
08/10/1946
12/11/2008
08:23:12
CVP:2
D.F:2
Gr:N EH:A3
Media:Full

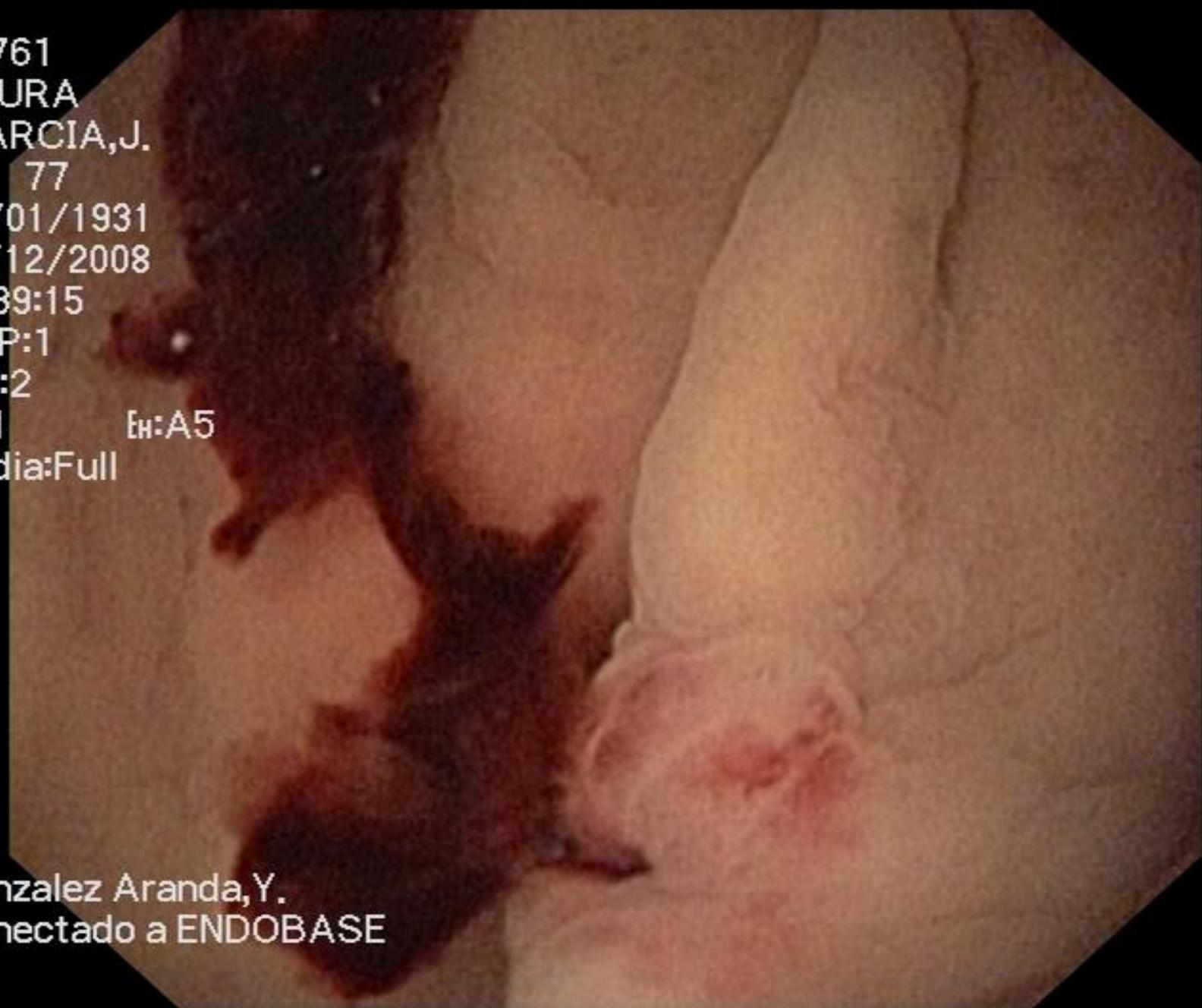
Gonzalez Aranda, Y.
Conectado a ENDOBASE



88761
SAURA
GARCIA,J.
77

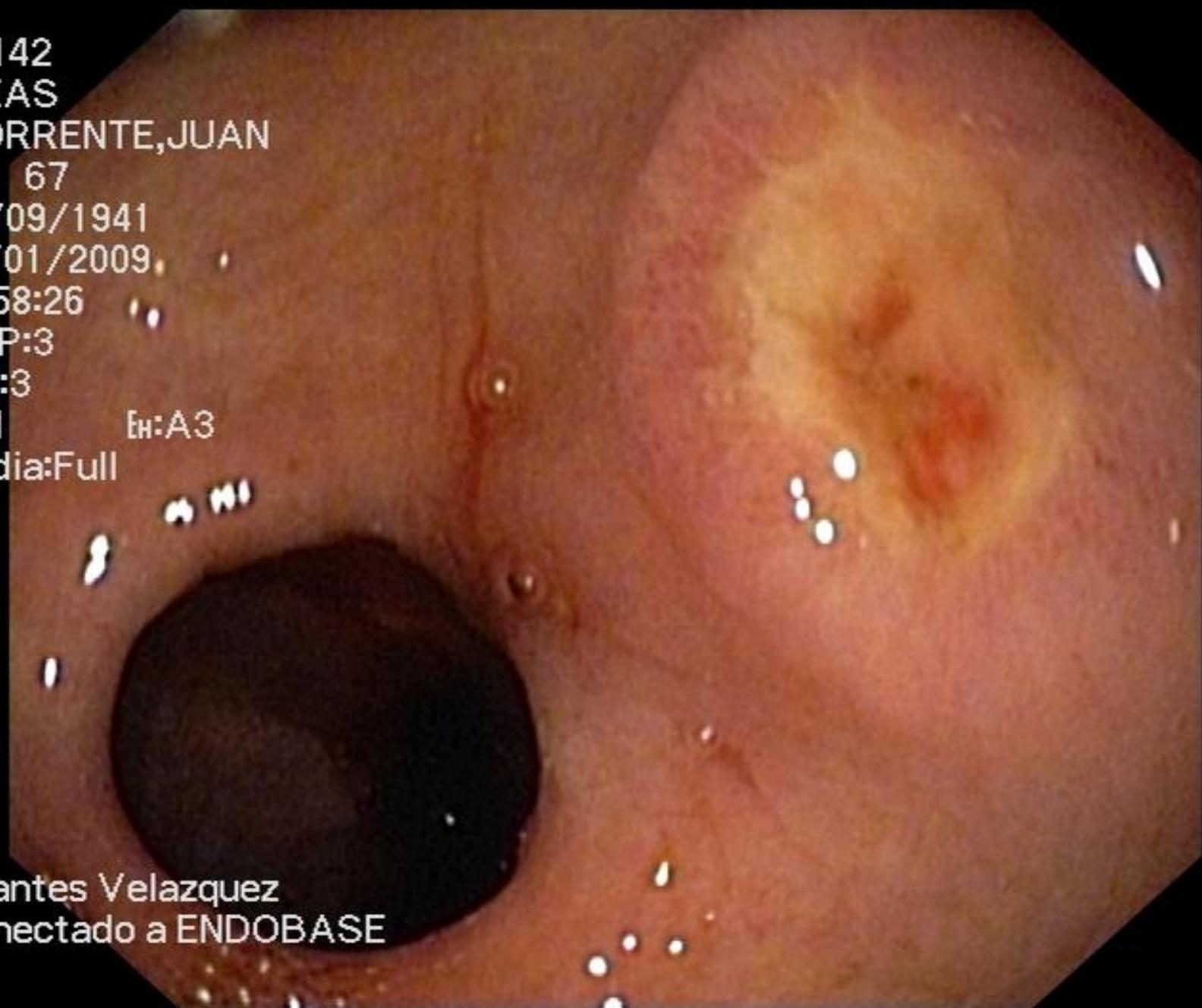
17/01/1931
19/12/2008
12:39:15
CVP:1
D.F:2
Gr:N Et:A5
Media:Full

Gonzalez Aranda,Y.
Conectado a ENDOBASE



30142
FRIAS
TORRENTE, JUAN
M 67
04/09/1941
15/01/2009
11:58:26
CVP:3
D.F:3
Gr:N Eh:A3
Media:Full

Infantes Velazquez
Conectado a ENDOBASE



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.-VALORACION

HEMORRAGIA LEVE

- No hipoperfusión periférica.
- TAS > 100 mmHg.
- FC < 100 lpm.
- Necesidad trasfundir < 3 U Hematías en 24 hrs

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.- VALORACIÓN

HEMORRAGIA GRAVE

- Hipoperfusión periférica
- TAS < 100 mmHg
- Fc > 100 lpm
- Trasfundir > 3 U Hematías ó > 1000 ml/h
- " > 2 U Hematías cada 3h durante 6h

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

2.- VALORACIÓN

INGRESO EN UNIDAD DE SANGRANTES

- Evidencia clínica y endoscópica de HDA.
- HDA grave que requiera control continuo.
- Enfermad de base que permita al enfermo incorporarse a su vida activa tras HDA .

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

3- DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

1. **Síndrome anémico**: mareo, acúfenos, sudoración..
2. Evidencia de **hemorragia**: hematemesis, melenas
TR+/Sondaje gástrico +/-EDA
3. Valoración de **ctes vitales** (TA,Fc)
4. **E. complementarias**: Hemograma, Coagulación,
Urea, Creatinina, Iones, GSA, Rx Tórax, ECG.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

3.- DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

1. **Anamnesis:** hábitos tóxicos, cirugía, AINES...
2. **Exploración física:** estigmas de hepatopatía crónica, equimosis...
3. **Gastroscoopia:** precoz en toda HDA (< 6 h)
diferida (<16 h)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

GASTROSCOPIA tras ESTABILIZAR

- Coma o IR grave: intubación.
- HDA masiva : quirófano o UCI.

NO LAVADO GASTRICO: lesiones que dificultan diagnóstico.

DESCRIPCION

1. Lesión: tipo, número, localización y tamaño.
2. Estigmas de sangrado: activo/coagulo /vaso visible.
3. No evidencia de sangrado.

En las varices esofágicas o gástricas: número, localización y estigmas de HR (activa, pezón vascular, manchas rojas)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

GASTROSCOPIA: Contraindicaciones

ABSOLUTAS

- Riesgos > beneficios
- No colaboración o no consentimiento
- Sospecha de perforación digestiva

RELATIVAS

- Enfermo inestable
- Comorbilidad grave
- Alt. Coagulación
- Cirugía Digestiva alta reciente
- Embarazo
- Sospecha de d.Zenker

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

4.- EVOLUCION

Autolimitada: TA, Fc y Hto estables >24h
no hematemesis ni melenas

Persistente: ↓Hto >5 puntos en 24h ó >7 en 48 h
signos de HDA >24 h

Recidivante: reaparición de HDA \geq 6 h tras estabilización

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

5.- PRONÓSTICO

Factores clínicos : edad, enf.asociadas, shock ...

Factores endoscópicos: tipo, localización, tamaño
signos de hemorragia (Forrest)

Indice pronóstico de Rockall

Variable	Puntuación
Edad (años) <60	0
60-79	1
≥80	2
Hemodinamica Nomal	0
PAS>100 y/o FC>100	1
PAS<100	2
Enfermedades Ninguna	0
Cardiopatía	2
I. Renal, Cirrosis	3
Diagnóstico Lesión banal	0
Úlcera	1
Neoplasia EGD	2
Signos de HR Sin estigmas. Hematina	0
H. activa, VVNS, coagulo	2

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

5.- PRONÓSTICO

Indice de Rockall

- **Riesgo bajo:** ≤ 2 puntos (recidiva $< 5\%$)
- **Riesgo intermedio:** 3-4 puntos
- **Riesgo alto:** ≥ 5 puntos (recidiva $> 25\%$)

FORREST. RIESGO DE RECIDIVA EN ENDOSCOPIA

	Signos de Hemorr. reciente	Riesgo recidiva
F.Ia/Ib	activa(chorro/babeo)	55%
F-II a	VVNS(vaso visible)	43%
F-IIb	coágulo adherido rojo	22%
F-IIc	hematina,coágulo negro	5-10%
F-III	fibrina	<5%

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6- TRATAMIENTO

6.1.- Actuación inicial: URGENCIAS/PLANTA HOSPITAL

- confirmar el diagnóstico
- situación hemodinámica
- reposición de volumen
 - . 2 v.periféricas gruesas
 - . Analítica
 - . Cruzar y reservar sangre

HDA grave: vía central, sonda vesical y GSA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.- TRATAMIENTO

6.2. Reponer volemia

- Soluciones cristaloides: S. Fisiológico 0,9%, S. Glucosalino.
- Shock ó TAS<100: soluciones coloides

Objetivos: TAS>100 y FC<100, PVC 0-5 mmHg, Diuresis >30 ml/h
Evitar expansión excesiva

6.3. Pauta de fluidoterapia

- a) Estándar : 3000cc/24 h
- b) Enfermo cardiópata, renal, cirrótico

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.- TRATAMIENTO

6.4. Transfusión de UCH

- HB < 8g/dl (< 7 g/dl en jóvenes y < 10 g/l en C.I)
- cada UCH: ↑ 3 puntos el Hto
- NO REPONER RAPIDO

6.5. Factores coagulación

- Contactar con Hematología
- Plasma fresco, Vit.K.....
- ACO: IQ > 50% y suspender

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.- TRATAMIENTO

6.6. SNG: contraindicada en HDA por VE/M-Weiss...

6.7. Dieta

- Absoluta: si hemorragia reciente
- Líquida: 24 h tras cese
- Blanda: en 24 h siguientes

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.- TRATAMIENTO

6.8. ULCUS PEPTICO.

- Sueroterapia
- Fármacos: Omeprazol i.v.
bolo inicial: 80mgr → 8 mg/h 72 horas

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.8.- ULCUS PEPTICO: tratamiento endoscópico

Cuando?: úlceras F.I-II

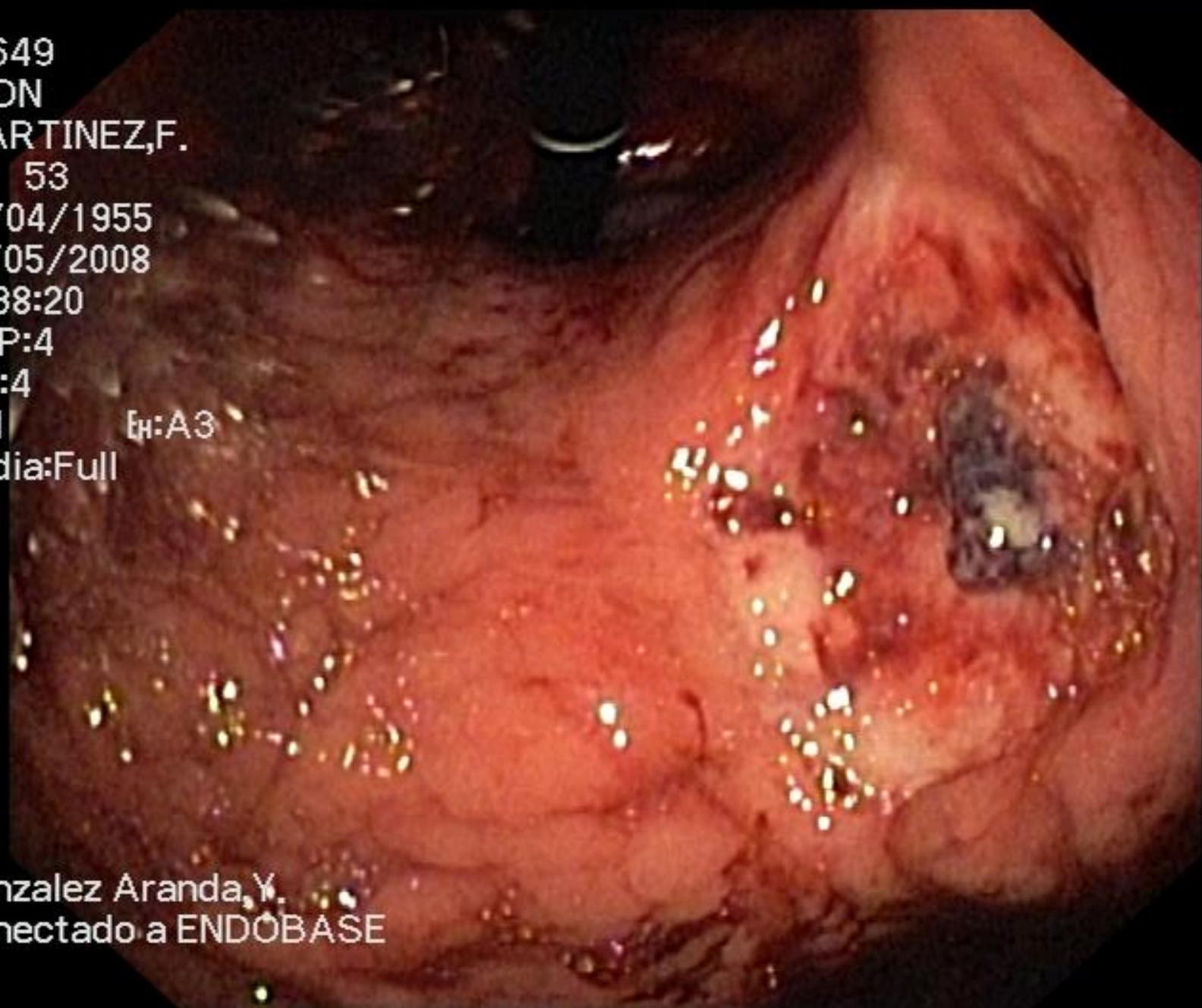
Técnica: - *química*
- *mecánica*
- *térmica*

En úlcus > 2cm: ↓ **efectividad**

Complicaciones: necrosis gástrica, duodenal....

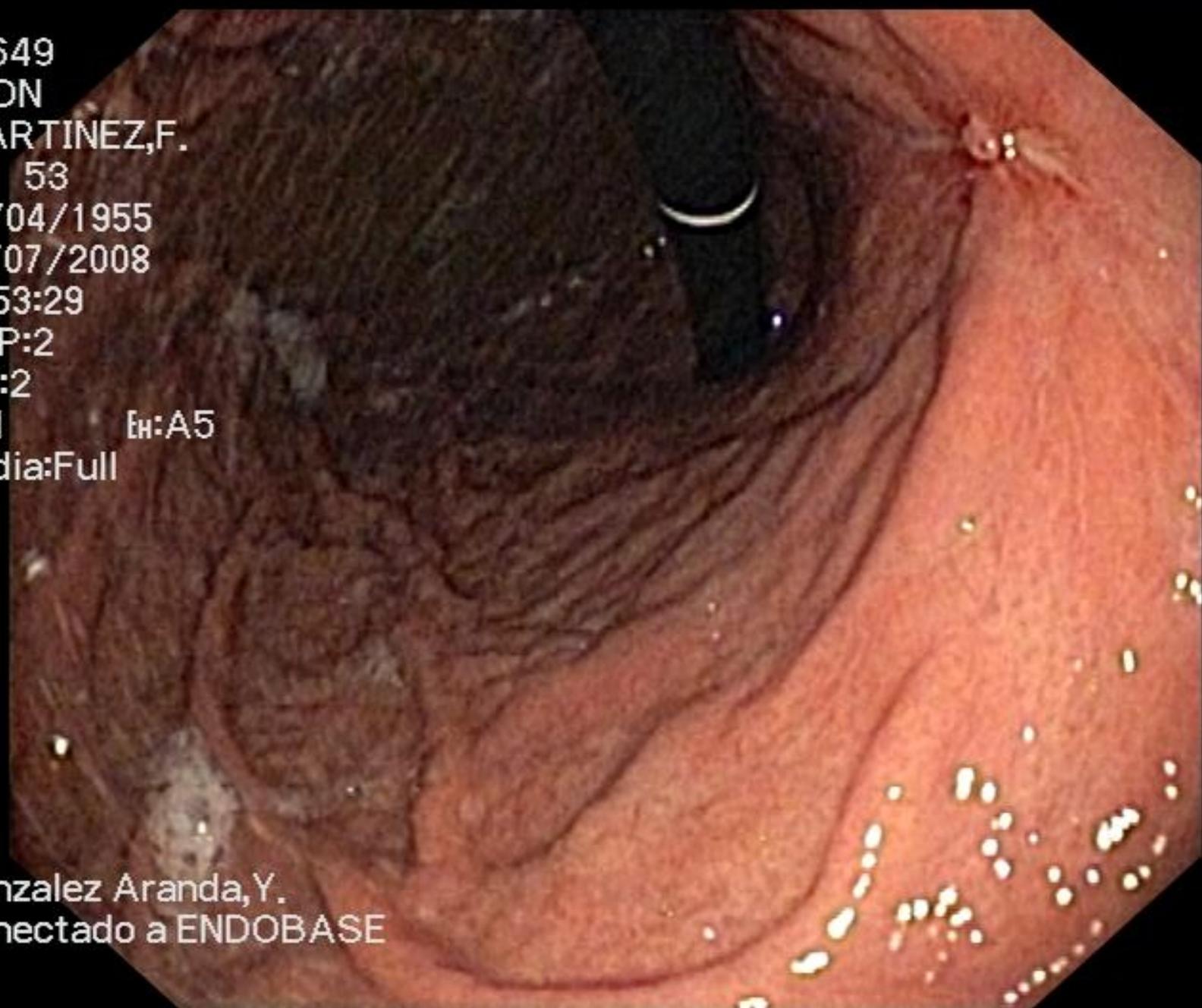
53649
LEON
MARTINEZ,F.
M 53
01/04/1955
19/05/2008
12:38:20
CVP:4
D.F:4
Gr:N EtH:A3
Media:Full

Gonzalez Aranda, Y.
Conectado a ENDOBASE



53649
LEON
MARTINEZ,F.
M 53
01/04/1955
03/07/2008
07:53:29
CVP:2
D.F:2
Gr:N E#A5
Media:Full

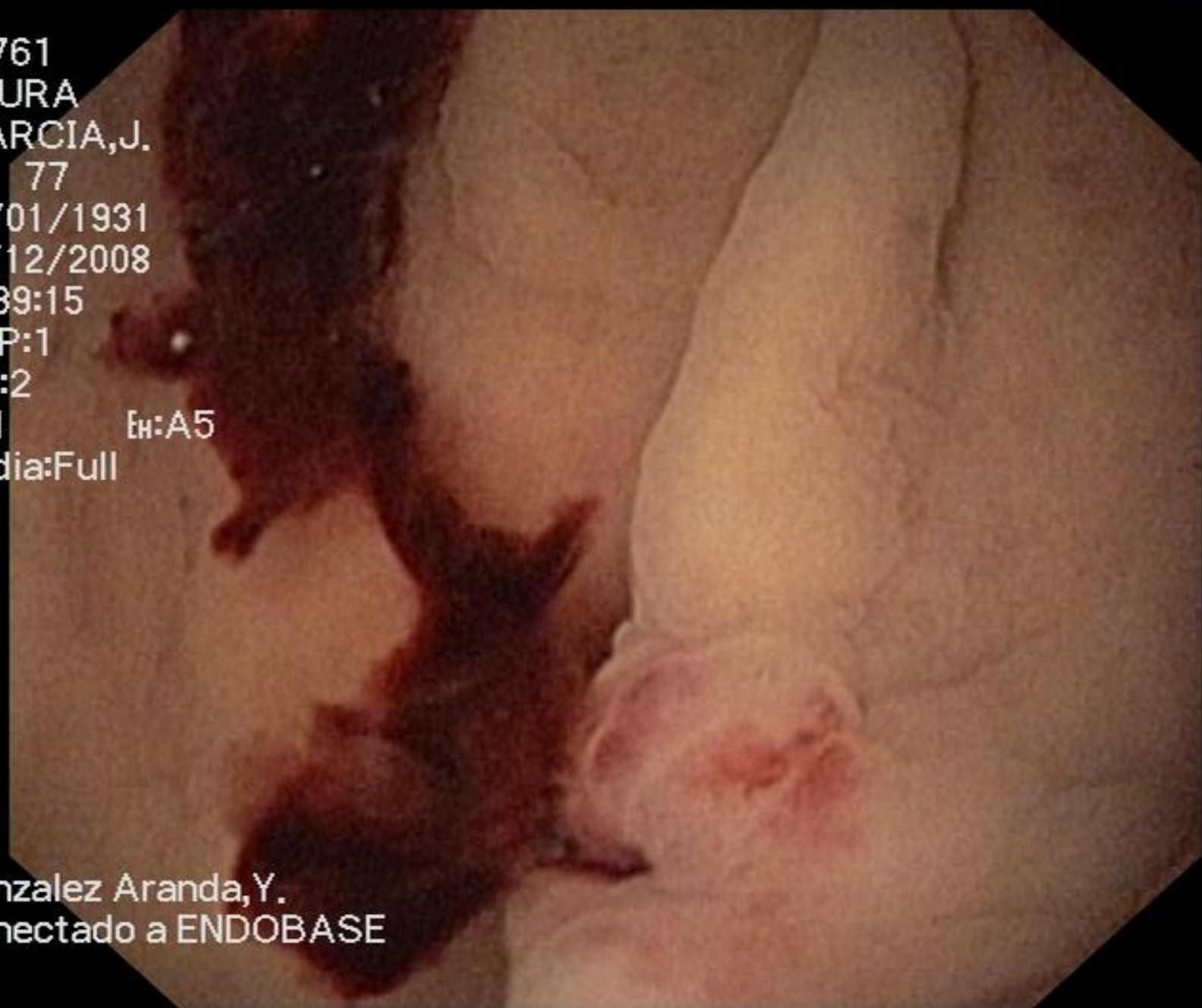
Gonzalez Aranda,Y.
Conectado a ENDOBASE



88761
SAURA
GARCIA,J.
77

17/01/1931
19/12/2008
12:39:15
CVP:1
D.F:2
Gr:N Et:A5
Media:Full

Gonzalez Aranda,Y.
Conectado a ENDOBASE



88761
SAURA
GARCIA, J.
77

17/01/1981
19/12/2008
12:43:56

CVP:2
D.F:3
Gr:N In:A5
Media:Full

Gonzalez Aranda, Y.
Conectado a ENDOBASE

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.8.- ULCUS PEPTICO: tratamiento Qco

CIRUGIA URGENTE

- Hemorragia masiva, persistente o recidivante.
- **Endoscopia:** hemorragia a chorro o vaso visible no controlables.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.-TRATAMIENTO

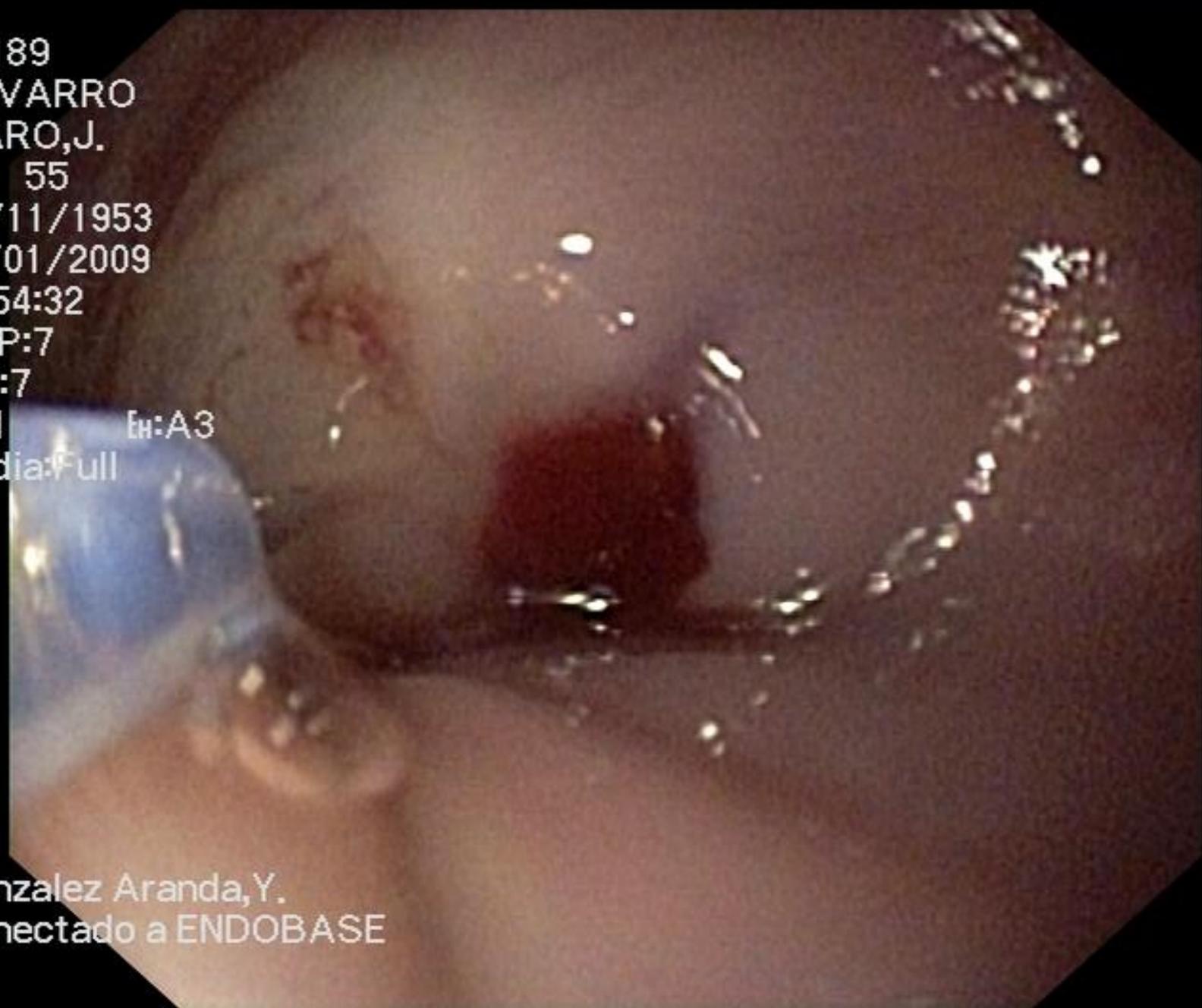
6.9.- SD MALLORY-WEISS

- Sueroterapia
- NO COLOCAR SNG
- Fármacos: Omeprazol i.v.(igual dosis ulcus)
Procinéticos i.v.(metoclopramida 1 amp./8 h)
- Endoscópico: Si F.I-II.
Técnica: química,mecánica..

Cirugía urgente: si fracasa lo previo.

18189
NAVARRO
HARO,J.
M 55
08/11/1953
14/01/2009
11:54:32
CVP:7
D.F:7
Gr:N Et:A3
Media:Full

Gonzalez Aranda,Y.
Conectado a ENDOBASE

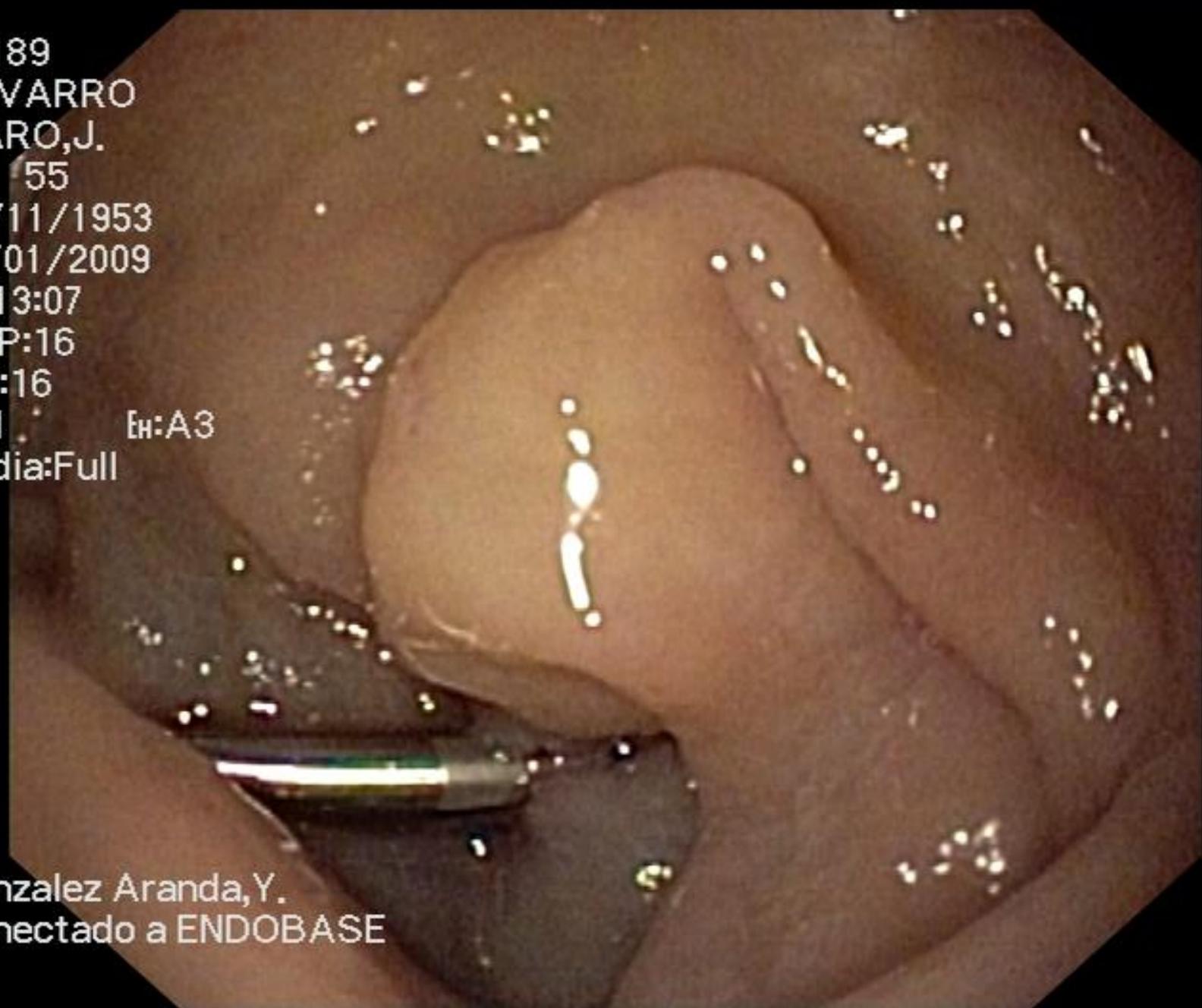


18189
NAVARRO
HARO,J.
M 55
08/11/1953
14/01/2009
12:03:31
CVP:11
D.F:11
Gr:N EH:A3
Media:Full

Gonzalez Aranda,Y.
Conectado a ENDOBASE

18189
NAVARRO
HARO, J.
M 55
08/11/1953
14/01/2009
12:13:07
CVP:16
D.F:16
Gr:N Eñ:A3
Media:Full

Gonzalez Aranda, Y.
Conectado a ENDOBASE



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

6.10.- VARICES ESOFAGOGASTRICAS

- Sueroterapia: Restricción de SF.
- Profilaxis de **PBE** (norfloxacino 400 mgr/24 h) y **EH**(enemas de lactulosa/ 12h)

VARICES ESOF. **endoscópicas**:

-Fármacos: somatostatina i.v:bolo de 250ngr→250-500ngr/h 5d

-Endoscópico: esclerosis

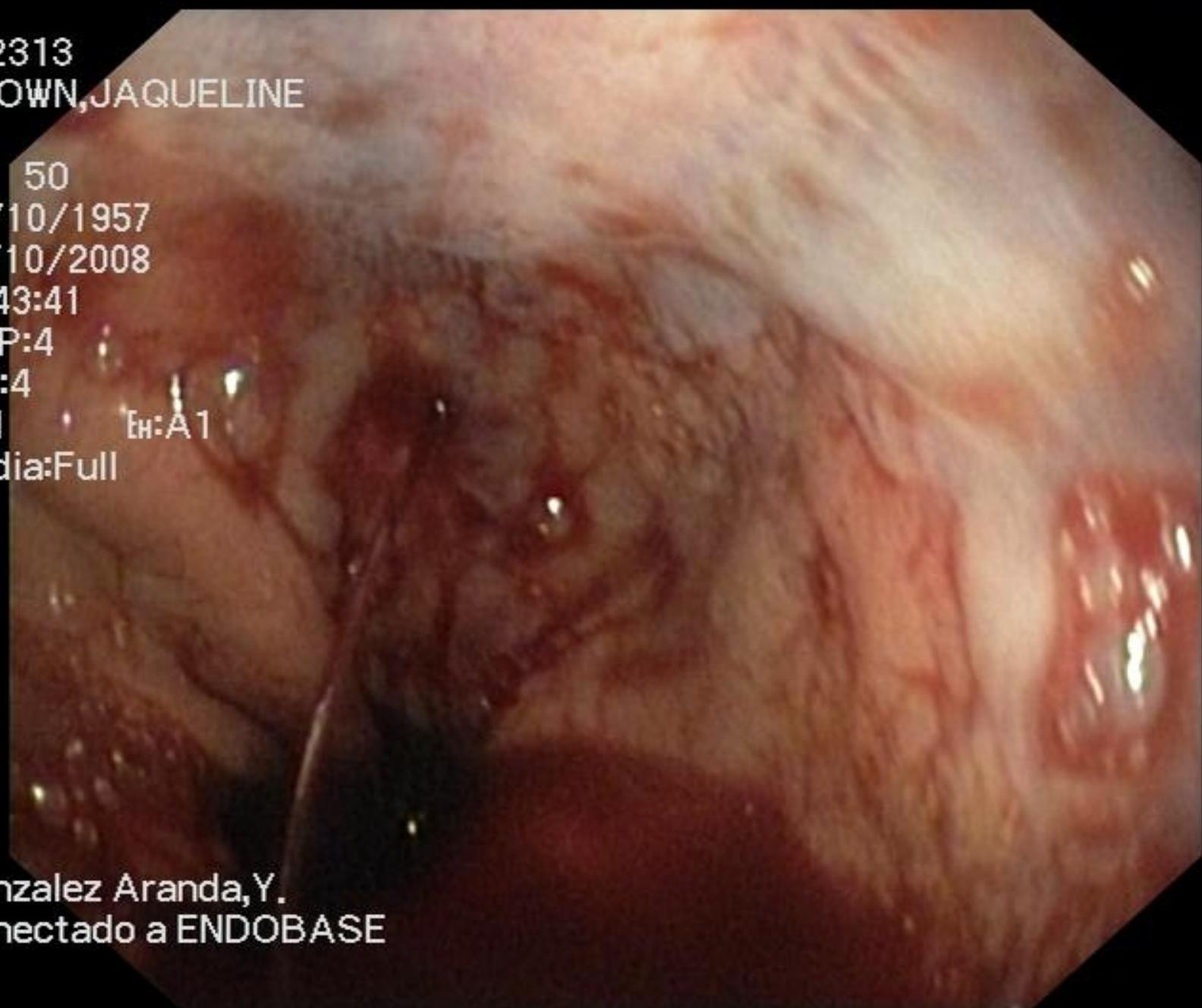
Bandas elásticas:<efectos 2rios.

-Taponamiento con B. de Sengstaken-Bl.:Si masiva o fracaso de TTO

152313
BROWN, JAQUELINE

F 50
19/10/1957
08/10/2008
11:43:41
CVP:4
D.F:4
Gr:N EH:A1
Media:Full

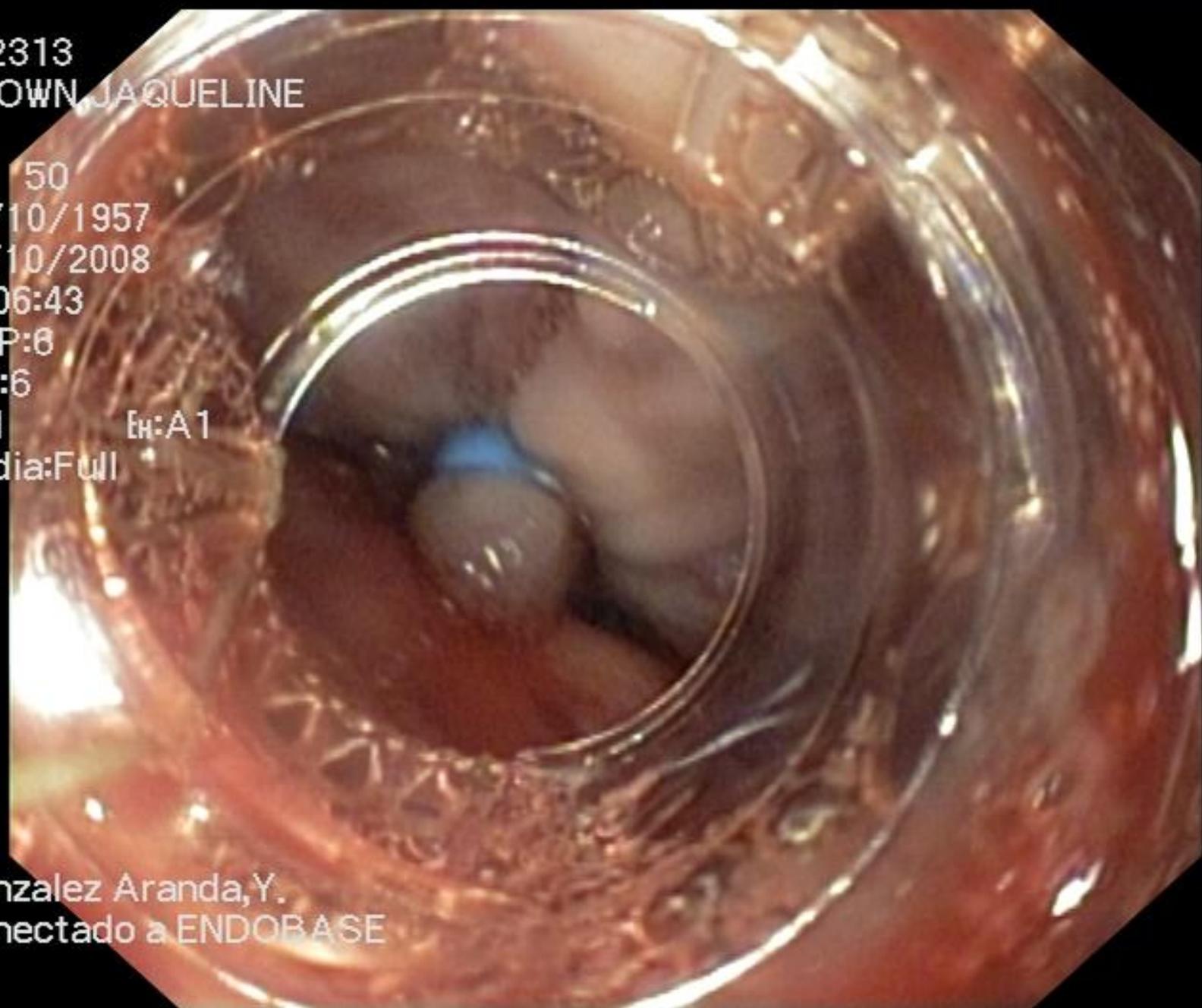
Gonzalez Aranda, Y.
Conectado a ENDOBASE



152313
BROWN, JAQUELINE

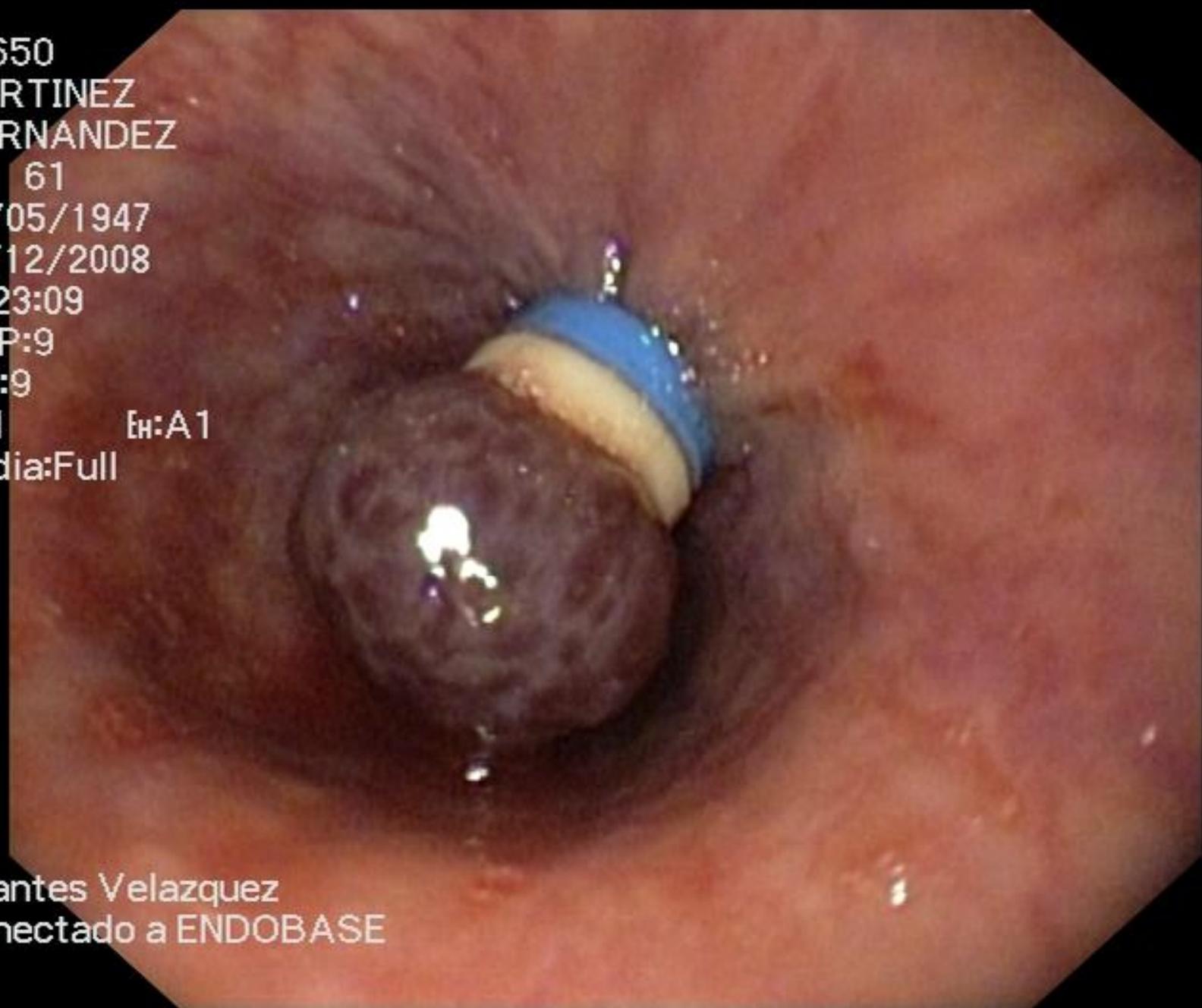
F 50
19/10/1957
08/10/2008
12:06:43
CVP:8
D.F:6
Gr:N E#:A1
Media:Full

Gonzalez Aranda, Y.
Conectado a ENDOBASE



69650
MARTINEZ
FERNANDEZ
M 61
12/05/1947
02/12/2008
13:23:09
CVP:9
D.F:9
Gr:N EH:A1
Media:Full

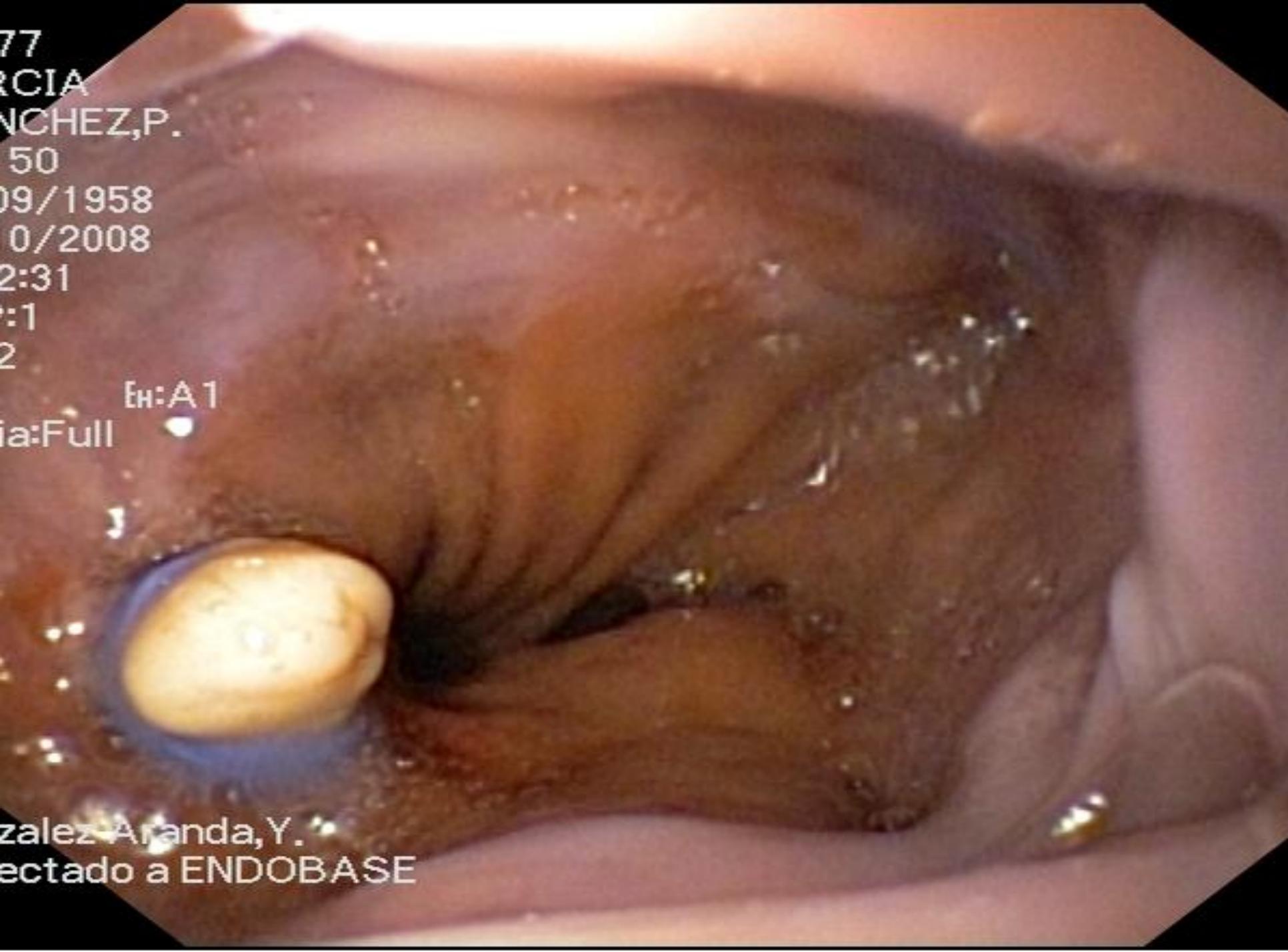
Infantes Velazquez
Conectado a ENDOBASE



77
ARCIA
NCHEZ,P.
50
09/1958
0/2008
2:31
:1
2

En:A1
ia:Full

zalez Aranda,Y.
ectado a ENDOBASE



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

CONCLUSIONES

- Estabilización hemodinámica
- Iniciar tto farmacológico según sospecha diagnóstica?
- GASTROSCOPIA URGENTE en 6 hrs
- Reajustar tto farmacológico tras Gastrosco.