



## Hemorragia de tubo digestivo alto

José Luis Rodríguez Chávez

### Sangrado de Tubo Digestivo Alto (Hematémesis o melenas)

#### RESUCITACIÓN INICIAL, PROTEGER VÍA AEREA, RESTAURAR VOLUMEN, ALTAS DOSIS DE IBP EMPÍRICO

##### En presencia de enfermedad hepática o hipertensión portal

###### Hemorragia por várices esofágicas y/o gástricas

Drogas vasoactivas: terlipresina (2 mg en bolo y 2 mg c/ 4 horas), octreótide (50 ug en bolo y 25-50 ug/hora como alternativa).

Antibióticos profilácticos: ceftriaxona 1 gr IV c/ 24 horas

Prevención de encefalopatía: lactulosa vía oral o enemas con lactosa

Transfusión de paquete globular conservador (Hb < 7 gr/dl)

###### Endoscopia temprana dentro de las primeras 24 horas

Várices sin sangrado activo u otra causa

Várices con sangrado activo

###### Realizar ligadura o escleroterapia

###### Hemorragia remitida

Continuar vasoactivos y antibióticos por 5 días

Profilaxis secundaria: si permanecen várices, ligadura o escleroterapia cada 2 semanas o hasta que desaparezcan

Beta-bloqueador vía oral

###### Hemorragia continua

Sonda de doble balón no >24-48 horas

Prótesis esofágica cubierta o TIPS urgente

Si se detiene, realizar los pasos de la hemorragia remitida

###### Si la hemorragia recurre o continua a pesar de los procedimientos anteriores

Considerar trasplante en candidatos, realizar descompresión venosa portal con TIPS y realizar trasplante

Si no es candidato, el procedimiento de elección depende del estado del paciente

###### Paciente estable

Arteriograma porta/esplénica/renal izquierda

Anatomía adecuada: realizar derivación esplenorenal distal (vena esplénica >1 cm de preferencia)

Anatomía inadecuada: transección esofágica y devascularización o derivación meso o portocava

###### Paciente inestable

Derivación portocava central

Alternativa, transección esofágica o sutura de várices gástricas

###### Estadificación de pacientes con cirrosis y várices que NO han sangrado (Profilaxis primaria)

Child A: Pequeñas (vigilancia), grandes (BBNS o carvedilol si no tolera BBNS)

Child B: Pequeñas (BBNS opcional a menos que tenga marcas rojas)

grandes (BBNS ó ligadura)

Child C: Pequeñas (BBNS), grandes (Ligadura o BBNS)

###### Estadificación de pacientes con cirrosis y hemorragia aguda variceal

Child A: Solo vasoactivos? Sin antibiótico?

Child B: No activo (tratamiento farmacológico y ligadura), activo (TIPS temprano).

Child C: Score 10-13 (TIPS temprano), Score 14-15 (tratamiento farmacológico y ligadura)

###### Referencias bibliográficas:

De Franchis R, "Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension" Journal of Hepatology 2010.

Peck M, Angermayr B, "Austrian consensus on the definition and treatment of portal hypertension and its complications (Billroth II)". The Central European Journal of Medicine, April 2013, 125:200-219.

###### Abreviaciones:

IBP: Inhibidor de bomba de protones

Hb: hemoglobina

TIPS: derivación transjugular intrahepática portosistémica

BBNS: betabloqueantes no cardioselectivos.



Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX

###### Autor para correspondencia:

José Luis Rodríguez Chávez, Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX

Correo electrónico:

## Sangrado de Tubo Digestivo Alto (Hematémesis o melenas)

### RESUCITACIÓN INICIAL, PROTEGER VÍA AEREA, RESTAURAR VOLUMEN, ALTAS DOSIS DE IBP EMPÍRICO

#### En ausencia de enfermedad hepática o hipertensión portal

##### Hemorragia no variceal (Úlcera péptica)

IBP 80 mg en bolo y continuar infusión 8 mg / hr durante 72 horas

Transfusión de paquete globular conservador (Hb < 7 gr/dl o llevarla a 10 gr/dl en cardiópatas

Estratificación del riesgo: (Blatchford >1 (necesidad de intervención urgente), Rockall/AIMS65 (pronóstico de mortalidad)

Procinéticos (Eritromicina intravenosa mejora vaciamiento y visión endoscópica)

##### Endoscopia temprana dentro de las primeras 24 horas, hallazgos no variceales

Úlcera péptica (36%), esofagitis (24%), gastritis/erosiones (22%), sin anormalidades (17%), duodenitis (13%), desgarro Mallory Weiss (4.3%) y neoplasias (3.7%)

##### Úlcera péptica (Clasificar según Forrest)

###### LESIONES DE ALTO RIESGO DE RESANGRADO (FORREST IA, IB, IIA Y IIB)

Hemostasia endoscópica

Terapia combinada: inyección con adrenalina + tratamiento térmico o mecánico (hemoclips). Monoterapia con inyección es inadecuada

Continuar infusión de IBP por 72 horas

No se recomienda "second look" a menos que existan datos de sangrado

###### LESIONES DE BAJO RIESGO DE RESANGRADO (FORREST IIC Y III)

Continuar IBP doble dosis / Egreso hospitalario en 24 horas  
Escrutinio para H. pylori y erradicar

**Si hay falla a tratamiento endoscópico o resangrado (8-15%), se realiza nuevo tratamiento endoscópico (efectivo en 75% de los casos)**

**Si falla el nuevo tratamiento endoscópico, se realiza embolización angiográfica en centros con experiencia (éxito 75%, mortalidad 25%) o cirugía**

##### Manejo del sangrado en pacientes que están recibiendo terapia antitrombótica/anticoagulante

-Lesiones de bajo riesgo: Reiniciar ASA 24 hs después (disminuye mortalidad cardiovascular)

-Lesiones de alto riesgo: Reiniciar ASA al 4to día y clopidogrel al 5to día y valorar transfundir plaquetas.

-Sobreanticoagulación c/ warfarina: Vitamina K, protrombina, Factor VIIa. Reiniciar en los primeros 90 días.

Si se requiere anticoagulación o antiplaquetarios agregar IBP de forma indefinida

##### Referencias bibliográficas:

YW Lau J, Barkum A, Fan D, Kuipers EJ, Yang Y "Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding" Lancet 2013;381:2033-43. Barkum A, Bardou M, "International Consensus Recommendations on the management of Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding" Ann Intern Med 2010;152:101-113. IBP: Inhibidor de bomba de protones Hb: hemoglobina ASA: ácido acetilsalicílico

##### Abreviaciones:

