

EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS

HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA NO VARICOSA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María del Mar Pérez Calvo*

SUMMARY

Upper gastrointestinal bleeding is one of the most common gastrointestinal emergencies. The use of scales of risk stratification, such as Glasgow Blatchford or Rockall are recommended in all patients to define the need for endoscopic intervention, or high risk of mortality.⁴ The pillars diagnoses include: assessment hemodynamic status; Confirmation of bleeding, its origin and its high activity, assessing prognosis and identification of the cause. All this requires an adequate medical history and examination, elemental

analysis and endoscopy should be performed within the first 24 hours in order to stratify the risk of rebleeding and perform endoscopic treatment in patients at high risk⁹

DEFINICIÓN

La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida hemática proximal al ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis o melenas, aunque ocasionalmente puede presentarse en forma de rectorragia. Constituye una urgencia potencialmente grave y sigue siendo una de las causas

más frecuentes de hospitalización en patología digestiva.⁸

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del Sangrado digestivo alto no varicial en Estados Unidos, corresponde a más de 300 mil hospitalizaciones al año.¹⁰ La mortalidad es de aproximadamente del 10%. Entre los factores que predisponen a dicha patología, se encuentra sexo masculino, y pacientes adultos mayores, el uso de medicamentos, en particular antinflamatorios no esteroideos y aspirina, así como la prevalencia de *Helicobacter pylori*.⁹ La causa

* Médico General, Servicio de emergencias. Hospital de Ciudad Neilly.

más frecuente es la úlcera péptica gastroduodenal. (Excluyendo la patología por hipertensión portal), la etiología de la mayor parte de los casos restantes se distribuye entre erosiones de la mucosa y esofagitis, malformaciones vasculares, laceración de Mallory-Weiss y tumores.⁴

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Tanto antes como después de la endoscopia se debe realizar una valoración pronóstica. Los pacientes deben ser evaluados por el riesgo de resangrado, necesidad de realización endoscópica temprana o muerte. Se recomienda el uso de dos escalas pronósticas la de Rockall y Glasgow Blatchford⁹, las mismas se detallan a continuación.

TRATAMIENTO

El abordaje inicial de estos pacientes, está dirigido a una reanimación temprana, esto incluye vía aérea, respiración y estado hemodinámico del paciente. La estabilización hemodinámica es la meta inicial y principal de cualquier paciente que se presente con hemorragia digestiva alta.³

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Cuadro 1 ESCALA DE ROCKALL	
PARÁMETOS	PUNTOS
A. Edad (años):	
> 80	2
60-79	1
< 60	0
B. Shock:	
PAS < 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	2
PAS ≥ 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	1
PAS ≥ 100 mmHg, pulso < 100 lat/min	0
C. Comorbilidad:	
Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, malignidad diseminada	3
Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica o cualquier otra comorbilidad mayor	2
Ausencia de comorbilidad mayor	0
D. Diagnóstico endoscópico:	
Cáncer gastrointestinal alto	2
Resto de diagnósticos	1
Ausencia de lesión, ausencia de EESR, Síndrome de Mallory-Weiss	0
E. EESR	
Sangre en el tracto gastrointestinal alto, coágulo adherido, vaso visible o sangrado activo	2
Base negra o EESR ausentes	0

PAS: presión arterial sistólica; EESR: estigmas endoscópico de sangrado reciente.

Puntuación total: A + B + C + D + E. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 11. Categorías de riesgos: alto (≥ 5) intermedio (3-4), y bajo (0-2).

El tiempo de realización de la endoscopia dependerá de la condición clínica del paciente, así como la disponibilidad del recurso. Los hallazgos endoscópicos de sangrado duodenal y úlceras gástricas pueden ser clasificados por el sistema Forrest (cuadro 4)¹⁰. Existen durante la endoscopía, diferentes técnicas entre las cuales se encuentran: Inyección local de

epinefrina, agentes esclerosantes, cauterización, coagulación con argón plasma y colocación de bandas o clips para ligaduras.¹⁰

TERAPIA FARMACOLÓGICA

a) Inhibidor de la bomba de protones:

Su administración en infusión

Cuadro 2 ESCALA DE BLATCHFORD	
PARÁMETOS	PUNTOS
A. Urea (mmol/l)	
≥ 25	6
10-25	4
8-10	3
6,5-8	2
< 6,5	0
B. Hemoglobina (mg/l)	
< 10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥ 12 en varones y mujeres	0
C. Presión arterial sistólica (mmHg)	
< 90	3
90-99	2
100-109	1
≥ 110	0
D. Otros parámetros:	
Insuficiencia cardiaca	2
Insuficiencia hepática	2
Presentación con sincope	2
Presentación con melenas	1
Pulso ≥ 100 lat/min	1

Puntuación total: A + B + C + D. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 23.

Conversión de las cifras de urea: 1 mg/dl equivale a 0,357 mmol/l.

Ante una puntuación = 0 el paciente puede ser dado de alta para estudio ambulatorio (probabilidad de recidiva clínica de 0,5%).

continua endovenosa después de la terapia endoscópica en pacientes con alto riesgo de úlceras reduce el resangrado y la mortalidad. La práctica estandarizada es administrar un bolo inicial intravenoso, seguido de infusión continua por 72 horas. Los inhibidores de bomba no deben ser administrados

antes de la endoscopía puesto que pueden reducir los estigmas de una hemorragia reciente, y la necesidad de terapia endoscópica.⁸ En pacientes sin estigmas endoscópicos de riesgo puede iniciarse inmediatamente la dieta. Debe administrarse un inhibidor de la bomba de protones a dosis estándar por vía oral

durante el tiempo necesario para la cicatrización de la úlcera (4 semanas para una úlcera duodenal y 8 para la gástrica) y debe también plantearse el alta hospitalaria precoz.

La dieta no aumenta el riesgo de recidiva hemorrágica y puede iniciarse inmediatamente después del tratamiento endoscópico también en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, si existe un riesgo muy alto de recidiva, es prudente mantener al paciente en dieta absoluta líquida durante las primeras 24-48 horas por si fuera necesario repetir la endoscopía urgente o la cirugía.

b) Erradicación de *Helicobacter pylori*

Si se evidencia la infección con *H. pylori*, debe tratarse a los pacientes con:

- Inhibidores de la bomba de protones con un régimen terapéutico antibiótico, conocido para su erradicación.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En la actualidad la cirugía se indica cuando la terapéutica endoscópica falla o no es accesible el punto de sangrado. El primer objetivo es detener el sangrado y el segundo evitar la recurrencia tanto de la hemorragia como de la causa. Es importante recordar

Cuadro 3¹⁰
EVALUACIÓN POR ETAPAS DEL SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICOSO

1. Evaluar pacientes y garantizar la vía respiratoria adecuada, comprobar la respiración, y obtener los signos vitales.
2. Realizar el examen físico centrado incluyendo el examen rectal digital a menos evidentes las heces.
3. Infusión rápida en bolos de fluidos, con base en el estado hemodinámico
4. Establecer 2 accesos venoso de grueso calibre.
5. Laboratorios (conteo sanguíneo completo, enzimas hepáticas, estudios de coagulación, creatinina y nitrógeno de urea en sangre)
6. Parámetros de transfusión
 - a. Nivel de hemoglobina <7 g / dl (70 g / L). Los recuentos de plaquetas para la trombocitopenia (recuento de plaquetas <50.000 / ml). El plasma fresco congelado para coagulopatía; (Sin embargo, no debe retrasar la endoscopia).
7. Gastroenterología: consulta para la evaluación endoscópica
8. Tratamiento con Inhibidor de la bomba de protones.

Cuadro 4
CLASIFICACIÓN DE FORREST.
ESTIGMAS ENDOSCÓPICOS DE SANGRADO RECIENTE (EESR)
Y PROBABILIDAD ASOCIADA DE RECIDIVA HEMORRÁGICA

EESR	RECIDIVA	%
Ia-Ib	Sangrado “a chorro” o “babeante”	67-95
IIa	Vaso visible no sangrante 22-55	22-55
IIb	Coágulo rojizo	15-30
IIc	Manchas o coágulos negros planos	4-7
III	Fondo de fibrina (ausencia de estigmas)	0

que la cirugía de urgencia tiene una mayor tasa de mortalidad que los procedimientos electivos y que va a depender tanto de la experiencia del cirujano como de la localización de la úlcera y del estado general del paciente.¹

CONCLUSIÓN

Las hemorragias del tracto gastrointestinal inferior no varicial, son una emergencia médica. Las puntuaciones

Blatchford y *Rockall* pueden servir como modelo de estratificación del riesgo. La hemorragia digestiva alta no varicosa, requiere pronta evaluación de la condición respiratoria y hemodinámica, con la reanimación inmediata de líquidos y trasfusión de hemoderivados, según sea necesario, y la endoscopía oportuna. Los inhibidores de la bomba de protones son la base del tratamiento farmacológico. La endoscopía es el método

diagnóstico y terapéutico estándar.

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta, es una de las más frecuentes emergencias gastrointestinales. El uso de escalas de estratificación de riesgo, como la de Glasgow Blatchford o la Rockall están recomendadas en todos los pacientes para definir la necesidad de una intervención endoscópica, o su alto riesgo de mortalidad.⁴ Los pilares diagnósticos incluyen: evaluación de la situación hemodinámica; confirmación del sangrado, su origen alto y de su actividad, valoración del pronóstico e identificación de la causa. Todo ello requiere de una anamnesis y exploración adecuadas, analítica elemental y una endoscopia que debería realizarse dentro de las primeras 24 horas con el fin de estratificar

el riesgo de resangrado y realizar tratamiento endoscópico en los pacientes de alto riesgo.⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcedo, Javier. Hemorragia Digestiva Alta: Diagnóstico". Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología, Hospital San Jorge. España. Sección III, Capítulo 8, Pp 67-74. 2012.
2. Casamayor Callejas, Ernesto. Rodriguez Fernandez, Zenén. Goderich Lalan Jose M. "Sangrado Digestivo Alto: Consideraciones Actuales a cerca de su Diagnóstico y Tratamiento". Chile. MEDISAN (online). 2010, v 14, n5. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500002&lng=es&nrm=iso
3. De la Mora Levy, Guillermo. "Manejo de la hemorragia del Tubo Digestivo Alto". Revista de Gastroenterología de México. "México. V 80. "N.4 Pp 28-34. 2010
4. Fortinsky, Kyle. Bardou, Marc. Barkun, Alan N. Role of Medical Therapy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding". Gastrointest Endoscopy Clin N Am. Canada. V 25. Pp 463-478. 2015.
5. Holcomb JB, del Junco DJ, Fox EE, et al. The Prospective, Observational, Multicenter, Major Trauma Transfusión (PROMMTT) study: comparative effectiveness of a time-varying treatment with competing risks. JAMA Surg 2013; 148(2):127-36.
6. Laine L. Hemorragia digestiva aguda y crónica. En: Sleisenger and Fordtran, dir.
7. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, 6^aed, vol II. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, SA; 2000. 215-238.
8. Laine, Loren. Jesen Dennis. "Management of Patients With Ulcer Bleeding". The American Journal of gastroenterology. USA. V 107. Pp 345 – 360. 2012
9. Meltzer, Andrew. Klein, Josua. Upper Gastrointestinal Bleeding, Patient Presentation, Risk Stratification, and Early Management". Gastroenterol Clin N Am. USA. v 43. Pp 665-675. 2014
10. Morris, John. Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage". Gastrointestinal Emergencies. Elsevier. Pp161-166. 2014.
11. Rotondano, Gianluca. "Epidemiology and Diagnosis of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding". Gastroenterol Clin N Am. Elsevier. Italy. v 43. Pp 643–663. 2014
12. Syed Irfan-Ur, Rahman. Saeian, Kia. Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding." Crit Care Clin . USA. V 43. Pp 1-17.2015.