

# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Rocío Domínguez Maqueda

Sesión Servicio de Urgencias CHU Badajoz. Junio 2016

# Conceptos generales

- Muy prevalente en Europa.
- Mortalidad alrededor 5 %.

PÉRDIDA DE SANGRE EN CUALQUIER PUNTO PROXIMAL AL ÁNGULO DE TREITZ

**Hematemesis**: emisión por la boca de sangre fresca del tubo digestivo en forma de vómitos.

**Vómitos en posos de café**: emisión por la boca de sangre digerida en forma de vómito (diluida en el contenido gástrico).

**Melenas**: heces negras, brillantes, pastosas y malolientes. Se producen por permanencia de sangre en tubo digestivo (8h).

**Hematoquecia**: heces sanguinolientas.

**Rectorragia**: emisión sangre roja rutilante por el recto.

# MANEJO:

- ◎ ESTABILIDAD HEMODINÁMICA
  - > Asegurar vía aérea.
  - > Oxigenoterapia.
  - > Coger 2 vías periféricas.
  - > Control de TA, FC y DIURESIS.
  - > Perfusión periférica
- ◎ Analíticas completas.

GRAVEDAD	TAS	FC	PERFUSIÓN PERIFÉRICA	ORTOSTATISMO	PÉRDIDA ESTIMADAS
LEVE	➤ 100	< 100	Normal	Negativo	< 500 cc
MODERADA	≥ 100	➤ 100	Mal relleno lecho ungueal. Palidez	Variable	500- 1250 CC
GRAVE	≤ 100 ≥ 70	≥ 100 ≤ 120	Sudiración, frialdad y palidez de piel	Positivo	1250- 1750 cc
MASIVA	< 70	>120	Angina, confusión.	contraindicado	> 1750 cc

REPOSICIÓN VOLUMEN PARA:

- TAS  $\geq$  100 mm Hg
- FC < 100 lpm
- Diurésis > 50 cc/h



Soluciones:  
COLOIDES  
CRISTALOIDES

# Confirmación:

- ◉ TACTO RECTAL:
  - > Imprescindible.
- ◉ SNG:
  - > Opcional.
  - > Indicativo actividad:
    - Retorno sangre roja que no aclara con lavados.
    - AUSENCIA sangre NO DESCARTA HEMORRAGIA.

## ⦿ HISTORIA CLÍNICA:

- > Consumo F.
- > Tóxicos: tabaco, ADVP.
- > Comorbilidades

## ⦿ EXAMEN FÍSICO:

- > Nivel de consciencia
- > Perfusión periférica
  - Relleno capilar, sudoración, palidez, frialdad...
- > Estigmas hepatopatía crónica:
  - Telangiectasias, arañas vasculares...
- > Abdomen y tacto rectal

	PARAMETRO	PUNTUACIÓN			
		0	1	2	3
INDICE ROCKALL	Edad	< 60	60-79	➤ 80	
	Hemodinámica TAS(mmHg) FC (lpm)	No shock ➤100 mm Hg < 100 lpm	Taquicardia ➤100 mm Hg ➤100 lpm	Hipotensión	
	Inf asociadas	No		C isq, ICC	IRC, cirrosis, neoplasia
FINAL (tras endoscopia)	Diagnóstico	Mallory-Weiss. Sin lesiones ni signos de hemostasia reciente	Cualquier otro diagnóstico	Neo TDG superior	
	Signos hemostasia	Forrest III o IIc		Sangre o Forrest I- IIb	



		0	1	2	3	4	5	6	7	8 +
INICIAL	Mortalidad	0,2	2,4	5,6	11	24,6	39,6	48,9	50	
FINAL	Resangrado	4,9	3,4	5,3	11,2	14,1	24,1	32,9	43,8	48,1
	mortalidad	0	0	0,2	2,9	5,3	10,8	17,3	27	41,1

## ○ P LABORATORIO:

### > HEMOGRAMA:

- Controles postransfusionales (12h)
- 2-6 h: hemodilución, que se puede prolongar a las 72 h (no indicativas caídas < 2 g hb).
- Controles cada 6-12 h 2 primeros días.
- VCM bajo: PÉRDIDAS CRÓNICAS.

### > COAGULACIÓN:

- Valorar coagulopatías.
- Hipoprotombionemia severa, no debe retrasar EDA.

### > BIOQUÍMICA:

- Índice Urea/creatinina: > 110 hemorragia alta
- Persistencia urea alta: **persistencia o recidiva hemorragia.**

## ⊙ GASOMETRIA ARTERIAL:

- › Pacientes inestables para valorar equilibrio ácido-base.

## ⊙ ECG:

- › Ante sospecha de c isquémica.

## ⊙ RX:

- › Tórax con cúpulas y abdomen:
  - Para descartar perforación.

# EDA

ESTRATIFICA EL  
RIESGO

INFORMACIÓN  
DIAGNÓSTICA

**EDA PRECOZ**

Disminuye requerimientos  
transfusionales  
Reduce num iq  
Acorta estancia hospitalaria  
Baja la mortalidad

TRATAMIENTO

# ENDOSCOPIA URGENTE

INMEDIATA:  
inestabilidad  
URGENTE (24H):  
el resto

	Clasificación	Hallazgos	Recidiva	Tto endoscópico
Hemorragia activa	I A	Pulsátil	90 %	Si
	I B	Babeante	55 %	Si
Hemorragia reciente	II A	Vaso visible	43 %	Si
	II B	Coágulo adherido	22 %	Si
	II C	Mancha negra/roja en base	7 %	No
No hemorragia	III	Base plana fibrinada	2 %	No

# HALLAZGOS EDA:

- Características de lesión:
  - > Mayor riesgo hemorragia:
    - Úlceras cara post bulbar.
    - Curvatura menor cuerpo gástrico
    - > 2 cm
- Tipo:
  - > Riesgo bajo:
    - Sme Mallory-Weiss, erosiones gástricas y esofagitis.
  - > Riesgo intermedio: úlceras.
  - > Riesgo alto: tumores, HTP, HDA desconocida tras EDA.
- Signos predictivos: Forrest

# CONTRAINDICACIONES

RELATIVAS	ABSOLUTAS
<ul style="list-style-type: none"><li>-IAM: c sólo si Inestabilidad hemodinámica.</li><li>-Falta de colaboración del paciente.</li><li>-Shock no compensado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Perforación</li><li>-Insuficiencia respiratoria grave (pO<sub>2</sub> &lt; 60)</li><li>- Negativa del paciente</li></ul>

○ Situaciones especiales:

- > Hemorragia masiva persistente que no responde a tto endoscópico



SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Alto riesgo resangrado

ESTABILIZACIÓN TEMPORAL HASTA OTRAS MEDIDAS DEFINITIVAS

Complicaciones



# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- ◉ INDIVIDUALIZADO.
- ◉ Considerarlo:
  - > Persiste sangrado tras 5 concentrados hematíes en las primeras 24 h
  - > Necesitan > 3 concentrados hematíes entre las 24 – 48 h.
  - > Re-sangrado significativo en el ingreso.
  - > Complicaciones (perforación).

# TRATAMIENTO

## ● MEDIDAS GENERALES:

- > Oxigenoterapia: pat asociadas, grado hipoxemia, nivel consciencia.
- > Monitorización ecg, TA y diuresis.
- > SNG:
  - Lavados 200ml agua ambiente para comprobar hemorragia.
  - Mantener con lavados si hay datos de sangrado activo.
  - Riesgo aspiración.

## ⊙ Sueroterapia:

- > TAS < 100 mm Hg: coloides (voluven)
- > Si TAS > 100 mm Hg: cristaloides (SF)

## ⊙ Transfusión:

- > INDIVIDUALIZAR.
- > Hb < 10 g/dl: t si c. isquémica.
- > Htco > 30 % o sangrado leve. Mod: NO transfusión.

## ⊙ Protección gástrica:

- > Bomba de Pantoprazol:
  - Bolo inicial: 2 amp IV directas.
  - Perfusión: 5 amp en 500 SF/ 24 h 3 días
- > Eritromicina: 200 mg IV en 100 SF en 30 min entre 30 min y 1 h previa EDA.
- > Primperam

Tras  
estabilización  
inicial:  
CIRUGIA Y  
ENDOSCOPIA.

MALLORY-WEISS	ESOFAGITIS Y HERNIA HIATO	VARICES ESOFÁGICAS-GÁSTRICAS
<p>No SNG</p> <p>Tratamiento: -Antieméticos -- IBPs.</p>	<p>SNG. Contraindicada tras EDA.</p> <p>Tratamiento: - IBPs</p>	<p>SNG: opcional.</p> <p>Tratamiento:</p> <p>-Reposición volumen: PRECAUCIÓN.</p> <p>-Hb: 10 g/dl.</p> <p>- Hipotrombinemia: ---1 amp vit K --- I Hepática: plasma fresco. --- Somatostatina: NO MEZCLAR HEMODERIVADOS NI GLUCOSADOS. Bolo inicial: 250 mcg/15 min, repetir dosis 3 veces. Perfusión: 3 mg en 500 SF/12h</p> <p>-Prevención de infección: ceftriaxona 1g /24h o norfloxacino 400 mg/12 h</p> <p>-Lactulosa: prevención encefalopatía.</p>

# CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

<b>BAJO RIESGO ( ROCKALL ≤ 2)</b>	Hb > 10 g/dl sin necesidad transfusión. No restos hemáticos EDA No comorbilidades graves. < 60 años	<b>MANEJO AMBULATORIO:</b> -Viven cerca hospital -Adecuado apoyo social
<b>RIESGO MODERADO ( ROCKALL 3-4)</b>	Lesiones < 2 cm Lesiones no localizadas: -Cara post bulbo -Curvatura menor cuerpo alta	24 horas en OBSERVACIÓN ----- --→ HOSPITALIZACIÓN
<b>ALTO RIESGO ( ROCKALL &gt; 5)</b>	Endoscopia tras estabilización	UCI 24-48 HORAS

**CONTINUARÁ**

**MUCHAS GRACIAS**

# Bibliografía

- ◉ Manual de urgencias H la Fe Valencia.
- ◉ Manual de urgencias H universitario Donostia
- ◉ Manual de urgencias H Toledo
- ◉ Protocolo de urgencias H Virgen del Rocío
- ◉ Manual urgencias jimenez murillo
- ◉ Protocolo de urgencias HIC.
- ◉ Guía clínica Gralnek et al. ESGE NVUGIH