

Manejo del Paciente con Hemorragia Digestiva Alta



23

Manejo del Paciente con Hemorragia Digestiva Alta

23

I	Introducción	1
II	Puerta de Entrada al Protocolo	1
III	Causas de Hemorragia Digestiva Alta	1
IV	Valoración Actitud ante una hemorragia digestiva alta a nivel de Atención Prehospitalaria Urgente	2
V	Actitud Terapéutica - Atención Prehospitalaria Urgente - Hospital	3
VI	Criterios de Derivación Hospitalaria	7
Anexo 1. Grados de Forrest		7

Manejo del Paciente con Hemorragia Digestiva Alta

I. Introducción

La hemorragia digestiva alta consiste en la pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo, que se produce proximalmente al ángulo de Treitz o flexura duodeno-yeyunal.

Es motivo de hospitalización siempre, y a pesar de los avances terapéuticos actuales, la mortalidad de los episodios agudos sigue siendo considerable (4 - 10 % en la hemorragia no relacionada con hipertensión portal y del 18 - 30 % en la hemorragia varicosa), pudiendo llegar al 70% en las primeras horas del episodio agudo.

Su prevalencia es de 50-150 por 100.000 habitantes/año. Es una afección más frecuente en el sexo masculino (2:1) y entre los 50 a 60 años. Puede exteriorizarse de varias formas:

Hematemesis: (25% de los casos) es el vómito de sangre, que puede ser roja, fresca, con coágulos si corresponde a una hemorragia activa y no ha sido digerida aún en el estómago, o en forma de “posos de café“, si ha dado tiempo a digerirla y a la formación de hematina.

Melenas: (50 % de los casos) emisión de heces negras “como el alquitrán“, debido a la formación de hematina ácida en la cavidad gástrica con evacuación posterior. (Pueden persistir hasta cinco días después del cese del sangrado).

Hematoquecia: evacuación de sangre roja parcialmente digerida que si se produce proximalmente al ángulo de Treitz, implica tránsito acelerado que no da tiempo a la digestión de la hemoglobina por el ácido gástrico.

II. Puerta de Entrada al Protocolo

Todo paciente que presenta un episodio de sangrado intestinal con hematemesis, melenas o hematoquecia.

III. Causas de Hemorragia Digestiva Alta

Los pacientes que sufren HDA pueden ser divididos en dos grandes grupos: los que tienen hipertensión portal y aquellos que no la tienen. Por otra parte se puede hacer una relación etiológica de esta afección en cuanto a la frecuencia con la que aparece una u otra forma clínica .

IV. Valoración

Las diferentes formas de presentación son:

- Úlcera duodenal (40%)
- Úlcera Gástrica (10%)
- Varices esofágicas (25%)
- Otras causas (25%): esofagitis, ulcus esofágico, lesiones agudas de la mucosa gástrica, Mallory-Weiss, etc.

IV.1. Actitud ante una hemorragia digestiva alta a nivel de Atención Prehospitalaria Urgente.

IV.1.1. Anamnesis

- Interrogar de la presencia de hematemesis, melenas, hematoquecia.
- Tiempo transcurrido desde el inicio.
- Presencia de cortejo vegetativo.
- Ingesta de tóxicos (ej. alcohol, cáusticos...)
- Ingesta de medicación gastrolesiva (AINES, nifedipino en ancianos, esteroides, etc.)
- Ingesta de medicación que dificulte la recuperación hemodinámica del paciente (ej. Betabloqueantes)
- Episodios previos de Hemorragia digestiva alta (HDA).
- Existencia o no de hepatopatía.
- Existencia de otra patología asociada (ej. Cardiopatía, neumopatía...)
- Identificación de otros síntomas, consecuencia del sangrado agudo en pacientes con patología asociada (ej. Angor).
- Descartar hemoptisis, epistaxis o “falsas melenas” inducidas por algunos alimentos o medicamentos como sulfato ferroso.

IV.1.2. Exploración clínica

- Constantes: TA, FC, FR.
- Coloración cutáneo-mucosa.
- Estigmas de enfermedad hepática (arañas vasculares, telangiectasias, ascitis...)
- Valorar la colocación de sonda nasogástrica (SNG) en no hepatópatas. La ausencia de sangre en aspirado de SNG no excluye la hemorragia.
- Comprobación del sangrado mediante tacto rectal.
- Estimación de las pérdidas: (Ver tabla 1)

TABLA 1 ESTIMACION DE LA VOLEMIA

	Normovolemia	Hipovolemia Leve	Hipovolemia Moderada	Hipovolemia Severa
Pérdidas	<500 ml	500-1250 ml	1250-1750 ml	> 2.500 ml
% Volemia	(< 15%)	(15-25%)	(25-35%)	(> 50%)
Tensión arterial	Normal	> 100 mmHg	90-100 mmHg	< 60 mmHg
Pulso	Normal	< 100 spm	100-120 spm	> 120 spm
Signos acompañantes	No	Frialdad acra	Palidez, Sudoración	Palidez cérea, Estupor, Coma

V. Actitud Terapéutica

V.1. PREHOSPITALARIA

1. Intubación orotraqueal si existe deterioro de nivel de consciencia o depresión respiratoria.
2. Colocación de 2 vías venosas periféricas de calibre suficiente (14 -16 F) e iniciar perfusión de cristaloides o coloides.
3. Posición en decúbito lateral izquierdo para evitar aspiraciones.
4. Elevar miembros inferiores si hay hipotensión severa.
5. Extracción de muestra sanguínea.
6. **Omeprazol:** 80 mg IV en bolo y a continuación 40 mg IV/8h. (la mayor alcalinización del pH gástrico inducida por omeprazol favorece la acción de los factores de coagulación y la adhesividad plaquetaria).
Se ha planteado el uso de Omeprazol en infusión continua pero no hay medicina basada en la evidencia.
7. Traslado al Hospital.

V.2. HOSPITAL

V.2.1. Paciente sin signos de Hipertensión Portal

Medidas generales

1. Realizar historia y exploración clínica del mismo modo que se describe en el apartado IV.1.
2. Estimación de la volemia (Tabla 1).
3. Canalizar vía venosa periférica de suficiente calibre y vía venosa central (que permite medición de Presión venosa central).
4. Infundir cristaloides y/o coloides.
5. Extracción sanguínea para hemograma, estudio de coagulación, perfil bioquímico y pruebas cruzadas para disponer de 4 unidades de hematíes.
6. Colocación de sonda nasogástrica.
7. Valorar colocación de sonda vesical para monitorización de diuresis.

Una vez cumplimentados estos pasos nos podemos encontrar:

- a. Paciente sin hemorragia activa y/o estable hemodinámicamente.
- b. Paciente con hemorragia activa y/o inestable hemodinámicamente.
- c. Paciente con hemorragia masiva y shock hemorrágico.

¿Dónde ingresar y qué prioridad tiene el estudio endoscópico?

El paciente del *grupo a* debe ingresar en sala general de Observación y se hará endoscopia urgente.

El paciente del *grupo b* debe ingresar en UCI / Unidad de Sangrantes y se debe realizar endoscopia de emergencia.

El paciente del *grupo c* debe intervenir de inmediato y si es posible realizarse endoscopia de emergencia preoperatoria en el quirófano.

TABLA 2 CRITERIOS PRONÓSTICOS DE GRAVEDAD

CLINICOS:

- Edad mayor de 55 años.
- Forma de presentación.(shock al ingreso)
- Enfermedades asociadas (insuficiencia cardíaca, renal, respiratoria, hepática).
- Descenso de la cifra de hemoglobina por debajo de 8 gr/dl.
- Unidades de sangre transfundidas , más de 5 en las primeras 24 horas.
- Recidiva hemorrágica.

ENDOSCOPICOS:

- Signos de hemorragia (Anexo 1. Grados de Forrest).
- Localización de la lesión: Cara posterior de bulbo duodenal, borde superior del bulbo. (Discurre la arteria pilórica).
- Tamaño de la úlcera: mayor de 1 cm.

Tratamiento médico:

Se usan antiseoretos a dosis intermitentes. Estos no disminuyen el riesgo de recidiva ni las necesidades de cirugía pero es sabido que la secreción ácidopéptica por digestión proteolítica disuelve el coágulo facilitando la recidiva de la hemorragia.

Disponemos de:

Omeprazol: 80 mg IV en bolo y a continuación 40 mg IV/8h. (la mayor alcalinización del pH gástrico inducida por omeprazol favorece la acción de los factores de coagulación y la adhesividad plaquetaria).

Se ha planteado el uso de omeprazol en infusión continua pero no hay medicina basada en la evidencia.

Pantoprazol: 40 mg IV/día administrado en 12 horas. Medicamento de nuevo uso en su presentación parenteral, aún no introducido en España, pero ideal en pacientes polimedicados porque carece de las interacciones medicamentosas del omeprazol.

Sedación/medidas antiestrés del tipo de sulpiride que además tiene efecto antisecretor.

Hemoterapia si Hb < 8 gr/dl y/o Hcto a 24 %.

Según evolución, se administrará plasma fresco hasta conseguir tiempo de Quick superior al 50% o plaquetas si la hemorragia se acompaña de trombopenia por debajo de 50.000.

Existen casos especiales como el de las lesiones agudas de la mucosa gástrica en que se asociará al omeprazol la administración de sucralfato como protector de la mucosa gástrica, recordando que siempre debe ser administrado previamente al inhibidor de la bomba de protones porque no se adhiere bien cuando el medio es muy alcalino.

V.2.2. Paciente con signos de Hipertensión Portal

Los pasos a seguir inicialmente son los mismos que en un paciente sin hipertensión portal (ver apartado correspondiente de 1 al 7 ambos inclusive).

El paciente habitualmente tiene signos clínicos de hemorragia activa y con repercusión hemodinámica por lo que se indicará la realización de endoscopia *de emergencia*. A continuación podremos encontrar:

a. Lesión responsable del sangrado **no varicosa**, en cuyo caso se tratará como se ha descrito en los apartados anteriores añadiendo las medidas necesarias para prevención de encefalopatía y /o peritonitis bacteriana espontánea (esto último si existe ascitis). Mención especial merece el manejo cuidadoso de la fluidoterapia en estos pacientes, siendo preferible la administración de coloides a cristaloides, ya que a pesar de ser frecuente la hiponatremia ésta suele ser dilucional y no susceptible de corrección con suero salino lo cual incrementaría la extravasación de líquido al tercer espacio.

b. Lesión responsable del sangrado **varicosa**, en cuyo caso se hará todo lo anterior y además se intentará tratamiento hemostático.

Tratamiento Hemostático

- Fármacos
- Endoscopia Terapéutica.
- Taponamiento
- Cirugía Derivativa
- Shunt porto-cava intrahepático
- Trasplante de Hígado.

1. Fármacos

Somatostatina es un bolo inicial IV de 500 microgramos, seguido de 250 mcgrs cada hora en perfusión continua (Total: 3mgrs IV/12 h). Hay estudios que demuestran que bolos repetidos de 250 mcgrs cada 4 horas mejoran los resultados.

Glipresina (un derivado de la vasopresina de vida media más prolongada y menores efectos secundarios) es 2mg/4h IV hasta 24-48 h después del control de la hemorragia.

2. Taponamiento esofágico

Siempre tras endoscopia o resangrado tras tratamiento endoscópico.

Existen dos tipos de balón para taponamiento en nuestro medio:

- * Varices esofágicas:
Sengstaken – Blakemore (SB)
- * Varices Gástricas:
Sonda de Linton – Nachlas (LN)

Antes de referirnos a los pasos para la colocación del balón debemos recordar:

- Que el taponamiento es una medida útil para la hemostasia pero transitoria, es decir no debe prolongarse su uso más de 24 horas por la presión local que ejerce y el riesgo de isquemia de la mucosa.
- En pacientes con riesgo de aspiración (encefalopatía grado III-IV) debe practicarse la intubación orotraqueal antes de colocarlo.
- Es fundamental que esté bien anclado para evitar desplazamientos con la consiguiente obstrucción de la vía aérea y riesgo de sofocación.
- **Nunca debe llenarse con líquido**, siempre con aire para evitar el riesgo de aspiración.
- Siempre se debe disponer de una radiografía de control que demuestre la adecuada posición del balón gástrico antes de inflarlo totalmente.

Modo de empleo:

• **SB:** Tiene triple luz (balón esofágico, balón gástrico, sonda nasogástrica para aspiración y lavado)

- 1.- Comprobar longitud aproximada desde la boca al epigastrio.
- 2.- Comprobar la estanqueidad de los balones
- 3.- Lubricar la sonda.
- 4.- Pasar a través de la nariz o boca hasta epigastrio y comprobar que está ubicada en el estómago insuflando aire.
- 5.- Llenar con aire (100ml) el balón gástrico, que es un balón de volumen y tirar hasta percibir que está anclado en cardias. Sólo entonces completar hasta un total de 250ml de aire en su interior.(Ver RX)
- 6.- Llenar con aire el balón esofágico, que como actúa por presión, debe medirse la misma con un manómetro a través del neumotaponamiento y mantener sobre 35-40 mm de Hg.
- 7.- Fijar a la nariz. *No traccionar.*
- 8.- Emplazar una sonda fina desde nariz hasta el medio esófago para aspirar la saliva.

• **LN:** Tiene dos luces (balón gástrico, sonda para aspiración y lavado) Básicamente la forma de colocación es similar pero su único balón, gástrico, es de gran volumen (600 ml).

El LN sí se tracciona (1kg)pero siempre bajo vigilancia expresa por el riesgo de desplazamiento.

Si hacemos por tanto un resumen de los pasos a seguir en un paciente cirrótico con HDA sería una buena estrategia terapéutica la siguiente:

- a. Ante la sospecha de varices, iniciar tratamiento farmacológico.
- b. Confirmadas las varices, realizar tratamiento endoscópico y continuar con la terapia farmacológica.
- c. Si no es eficaz la esclerosis o ligadura, utilizar taponamiento y valorar la realización de una segunda sesión de endoscopia terapéutica una vez estabilizado el paciente.
- d. Si es exitoso el tratamiento, se debe hacer tratamiento médico reductor de

VI. Criterios de Derivación Hospitalaria

la presión portal (Betabloqueantes, nitritos v.o.) una vez controlado el episodio agudo para evitar recidiva o bien someter al paciente a sesiones repetidas de esclerosis, o ambos.

- e. Si no es exitoso el tratamiento se recurrirá a otras medidas alternativas.

Todo paciente con sospecha de HDA debe ser derivado al hospital.

- Si está hemodinámicamente inestable debe ser trasladado en unidad de SVA con MÉDICO y/o DUE.
- Si está hemodinámicamente estable se valorará el traslado en unidad SVB.

ANEXO I

Grados de Forrest.

- I. Hemorragia a chorro
- IIa. Hemorragia babeante
- IIb. Hemostasia reciente: vaso visible, coágulo rojo adherido
- III. Hemostasia quiescente: coágulo negro, “tache noir” (mancha negra), fondo fibrinoso.

