

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO
DE SANGRADO DIGESTIVO
ALTO NO VARICEAL**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se refiere a la pérdida de sangre que tiene su origen por encima del ligamento de Treitz. Puede presentarse como hematemesis, melena o ambas; o no manifestarse clínicamente. Es una de las complicaciones más graves del aparato digestivo, por lo que requiere de un manejo precoz y multidisciplinario. La incidencia de HDA es, aproximadamente, de 30-100 pacientes por 100,000 habitantes/año que precisan de ser hospitalizados, con una mortalidad anual de 3.5 % a 10 %.

1. OBJETIVO

Estandarizar el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de la HDA para disminuir las complicaciones y la mortalidad de estos pacientes.

2. EVIDENCIAS

- a. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding 2012 ASGE.
- b. Management of patients with Ulcer Bleeding 2012 ACG; The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding 2010 ASGE.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialistas en Gastroenterología, Endoscopía, Emergenciología, Terapia Intensiva, Medicina Familiar, Imagenología y Medicina Interna.

4. POBLACIÓN DIANA

Todas las personas que acudan al Servicio de Emergencias de un hospital público o privado con hematemesis y/o melena.

5. DEFINICIONES

Hematemesis: vómitos de sangre, de color rojizo si es fresca; y negra o café, cuando es digerida.

Melena: deposición de heces negras, alquitranadas, pegajosas y malolientes que indica una extravasación de sangre procedente de tramos del tubo digestivo próximos al ligamento de Treitz.

Sangrado digestivo oculto: se revela en una prueba de sangre oculta en heces positiva y/o como anemia ferropénica, sin que el paciente o el médico sean capaces de detectar la presencia de sangre en la materia fecal.

6. DIAGNÓSTICO

a. Abordaje inicial

Evaluar el estado hemodinámico e iniciar medidas de reanimación si es detectado un choque o hipovolemia. Además, monitorizar las constantes vitales (presión arterial y frecuencia cardíaca). Realizar una historia clínica detallada y una exploración física adecuada. El objetivo es determinar los requerimientos del caso e intervenir de manera urgente al paciente (endoscopia, transfusión, cirugía, etc.), incluso si la endoscopia puede ser retrasada o si es posible el manejo ambulatorio.

b. Métodos diagnósticos

Persiguen el hallazgo de manifestaciones clínicas:

- Sangrado evidenciado en el tacto rectal
- Analíticas de laboratorio alteradas
- Historia clínica detallada
- Examen físico minucioso.

Al inicio, el hematocrito suele estar normal si se trata de una hemorragia muy aguda y la urea puede aumentar hasta 100 mg/dl. El cociente urea/creatinina superior a 90 es indicativo de sangrado de origen oculto. Para confirmarlo, debe recurrirse a estudios de imágenes.

c. Gastroscopía

Realizar la gastroscopía en las primeras 24 horas luego de la estabilización hemodinámica, salvo contraindicación. Esto reduce la necesidad de transfusiones, estancia hospitalaria y cirugía. La gastroscopía es importante para determinar el riesgo de resangrado en los pacientes y también permite terapias endoscópicas.

d. Arteriografía

Su uso está limitado a pacientes con HDA que presenten una hemorragia persistente cuyo origen no puede ser localizado por endoscopia alta o baja; aunque su gravedad hace imprescindible un diagnóstico de la lesión. La arteriografía detecta una cantidad mínima de extravasación de sangre de 0.5 ml/min. También puede tener utilidad terapéutica, al actuar sobre la lesión sangrante. La más grave de las complicaciones de la embolización es la isquemia intestinal.

e. Cápsula endoscópica

Tiene un mayor rendimiento diagnóstico que otras técnicas alternativas en la HD de origen oscuro. En la hemorragia aguda, está indicada cuando la gastroscopía y la colonoscopia son normales, juntamente con la arteriografía o la angio-TC, y previa enteroscopia.

f. Enteroscopia

Será realizada tras descartar el origen gastroduodenal de la HD por gastroscopía; y del colon, por colonoscopia. Es una técnica delicada que precisa de la sedación del paciente. Permite visualizar el intestino delgado más allá del ángulo de Treitz y, en caso de detectar una lesión sangrante, efectuar un tratamiento endoscópico.

g. Gammagrafía marcada con tecnecio 99

Utiliza hematíes marcados con tecnecio 99. La acumulación del radioisótopo en el lugar de la hemorragia puede ser detectada con el contador gamma. Es capaz de detectar sangrados con débitos bajos como 0.1 ml/min, con una capacidad de diagnóstico que varía del 50 % al 70 %. Se utilizará en aquellos casos de HD de origen no aclarado.

h. Endoscopia preoperatoria

Se realizará cuando persista la HD y las exploraciones previas descritas no hayan logrado detectar el origen de la hemorragia.

7. TRATAMIENTO

Restaurar la volemia con:

- Administración de soluciones cristaloides
- Transfusión de concentrados de hematíes,
- Mantenimiento de la hemoglobina en 8 mg/dl
- Colocación de una vía central y de una sonda vesical fija
- Monitoreo de las siguientes constantes vitales:
 - Presión arterial
 - Frecuencia cardíaca
 - Función respiratoria
 - Saturación de oxígeno.

7.1 Manejo farmacológico

Emplear inhibidores de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, pantoprazol o esomeprazol) administrados inicialmente por vía intravenosa con bolus de inicio de 80 mg EV, seguido de una bomba de perfusión continua a dosis de 200 mg EV cada 24 h durante 72 h (tres días). No está indicada la somatostatina ni los medicamentos análogos, ya que no hay evidencia científica de su eficacia.

7.2 Terapia endoscópica

a. Método de inyección:

Consiste en la inyección de soluciones alrededor del vaso sangrante, e incluso dentro del mismo vaso. El primer mecanismo es compresivo y luego vasoconstrictor, esclerosante o favorecedor de la trombosis del vaso. A continuación las sustancias empleadas, pero las dos últimas son poco empleadas:

- Cloruro sódico normal o hipertónico
- Adrenalina al 1/10,000
- Polidocanol al 1 %
- Etanolamina, alcohol absoluto
- Trombina o goma de fibrina.

b. Métodos térmicos:

Es la aplicación de calor para lograr la hemostasia. Los más conocidos son:

- Electrocoagulación multipolar
- Bipolar
- Vag-láser
- Argón plasma
- Hidrotermocoagulación.

La hidrotermocoagulación o sonda de calor tiene la ventaja adicional de que es fácil de manejar, poco costosa y fácil de transportar. Consiste en un cilindro hueco de aluminio, recubierto de teflón, con un alambre interno que puede ser calentado en segundos hasta 250 grados Celsius.

c. Métodos mecánicos:

La utilización de clips hemostáticos es aún un método poco extendido. Pueden colocarse uno o múltiples en la misma sesión, procurando hacerlo siempre sobre el vaso sangrante; o bien, sobre el vaso visible situado en el fondo de la úlcera. Es preferible la inyección de adrenalina en una lesión sangrante activa, antes de colocar el clip.

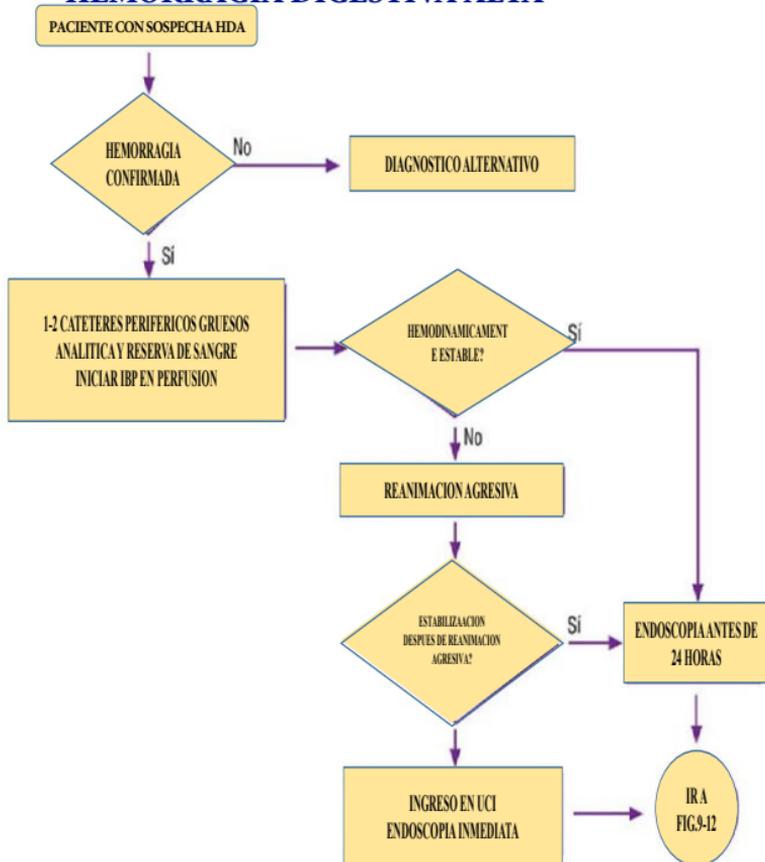
8. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Informar sobre posibles diagnósticos, intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, duración proyectada del internamiento y pronóstico de la condición del paciente según la gravedad del caso.

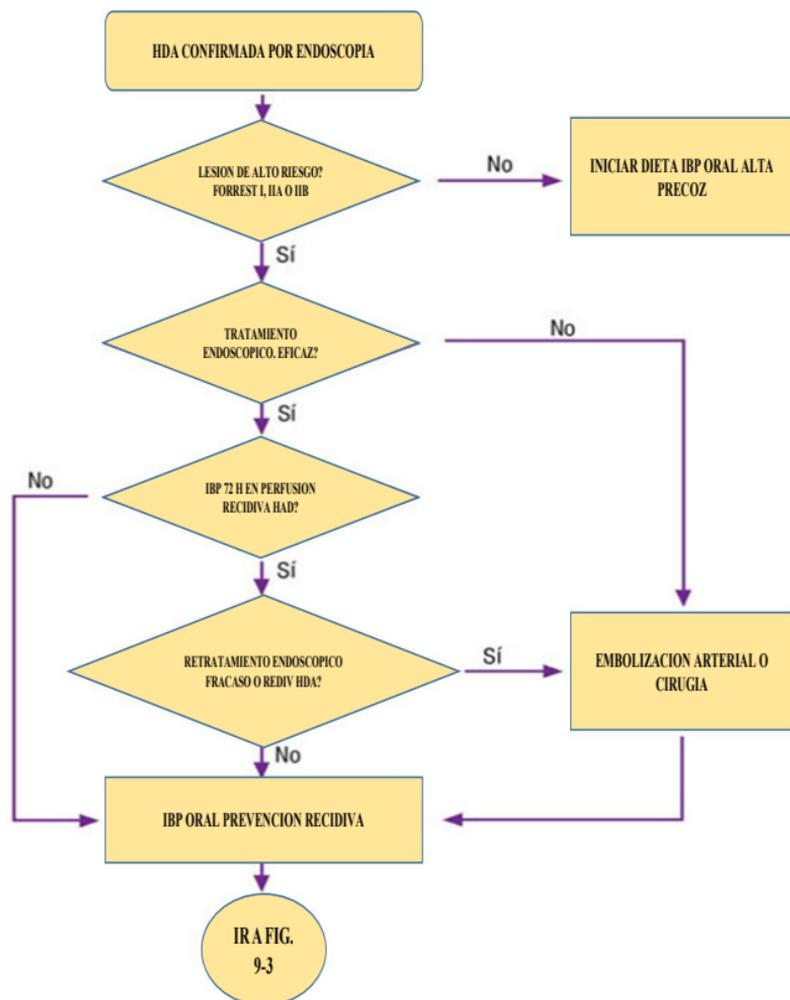
9. CRITERIO DE EGRESO

Establecimiento de un control hemodinámico del enfermo, el cual debe ser logrado de tres a cinco días a partir de la fecha de ingreso en los casos Forrest 1-A, 1-B, 11-A, 11-B, en los pacientes que han recibido una terapia endoscópica y no presentan comorbilidades; así como en aquellos con posibilidad de resangrado inferior al 5%.

10. ALGORITMO DEL ABORDAJE INICIAL DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



Algoritmo de la terapia endoscópica



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Laurel Fisher, MD Mary Lee Krinsky, DO Michelle A. Anderson, MD Vasundhara Appalaneni, MD. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. American Society Gastroenterology and Endoscopy. Febrero. 2012.
2. Loren Laine, MD and Dennis M. Jensen, MD 3 – 5. Management of patients with Ulcer Bleeding. American College, Gastroenterology. 2012.
3. F. Bermejo y J.P. Gilbert. Protocolo Terapéutico de la Úlcera Gástrica. Servicio Gastroenterología Hospital Universitario Ramón y Cajal. Hospital Universitario de la Princesa Madrid. 2013.
4. J.M. Calbo Mayo y P. García. Protocolo Diagnóstico y Terapéutico de la Hemorragia Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2013.
5. Katz LB. The role of surgery in occult gastrointestinal bleeding. Semin Gastrointest Dis 2010.
6. Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. Am J Gastroenterol. 2010.
7. Somsouk M, Gralnek I, Inadomi J. Management of obscure occult gastrointestinal bleeding: a cost-minimization analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2010.

8. Kamalporn P, Cho S, Basset N, et al. Double-balloon enteroscopy following capsule endoscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding: outcome of a combined approach. *Can J Gastroenterol* 2008.
9. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding 2012 ASGE
10. Management of patients with Ulcer Bleeding 2012 ACG
11. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding 2010 ASGE.

12. ANEXOS

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
Ila	Vaso visible no sangrante	22-55
Ilb	Coágulo rojizo	15-30
Ilc	Manchas o coágulos negros planos	4-7
III	Fondo de fibrina (ausencia de estigmas)	0

RECOMENDACIONES DEL MANEJO PARA PREVENIR LA RECURRENCIA DEL SANGRADO SEGÚN LA ETIOLOGÍA

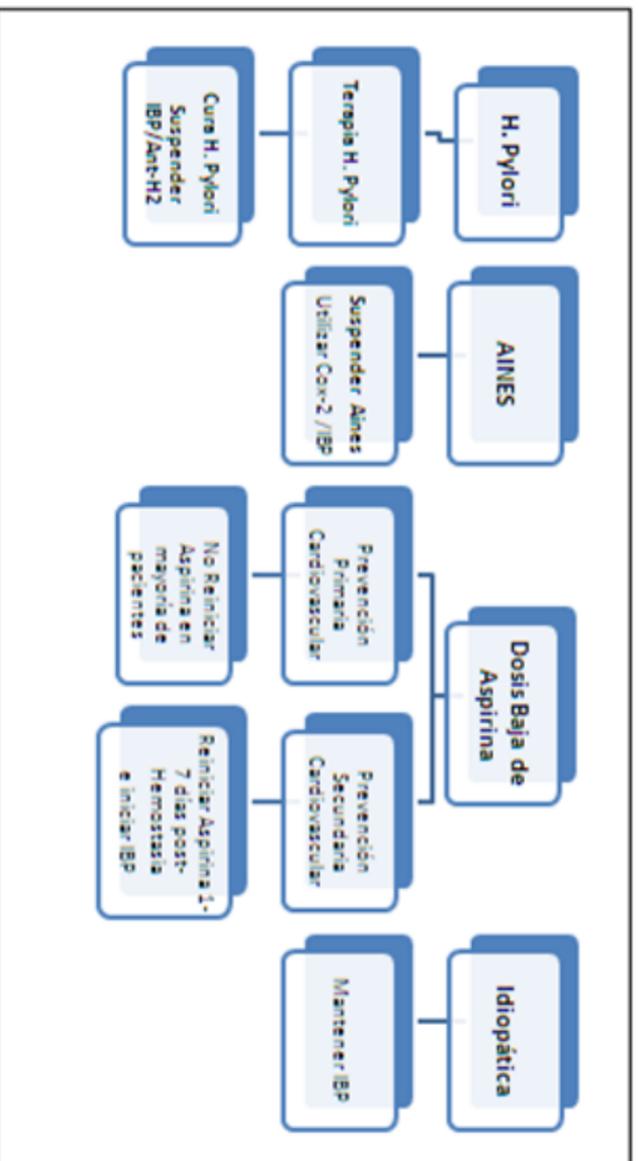


Figura 1

Recomendaciones endoscópicas y manejo clínico basados en los estigmas de sangrado

