

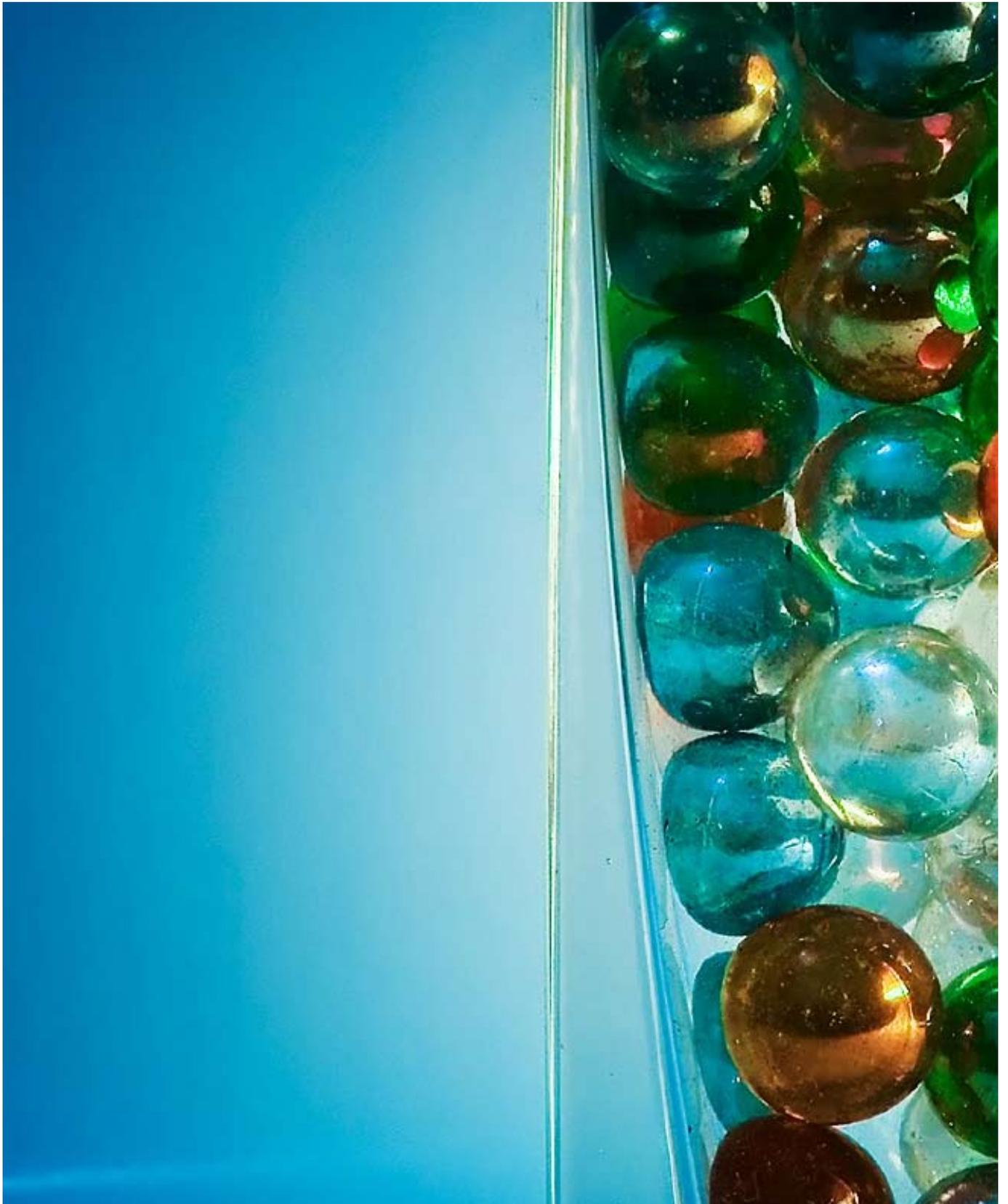


Libros
Virtuales
IntraMed



IntraMed

www.intramed.net



HDA NO VARICEAL

Es aquella que se produce por encima del ángulo duodenoyeyunal o ángulo de Treitz.

CLASIFICACIÓN

- ❖ **ALTA** (5 veces más frecuente) Puede ser variceal o no variceal
- ❖ **BAJA**
- ❖ **OCULTA**

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- ❖ Hematemesis
- ❖ Melena
- ❖ SOMF +
- ❖ Hematoquezia
- ❖ Alteración hemodinámica: taquicardia, hipotensión arterial, signos de hipoperfusión, palidez, sudoración fría, piloerección, alteración del estado de conciencia, oliguria.

EVALUACIÓN INICIAL

- ❖ Determinar la forma de presentación clínica
- ❖ Evaluar el estado hemodinámico: FC, TA, estado de conciencia, signos cutáneos de hipoperfusión.
- ❖ Paciente descompensado: iniciar maniobras de reanimación.
- ❖ Paciente compensado: si refiere hematemesis descartar hemoptisis, y epistaxis. Si refiere melena descartar ingesta de hierro, bismuto, otros.

- ❖ Realizar tacto rectal en busca de melena.
- ❖ Colocar sonda nasogástrica y realizar lavado gástrico (confirma el diagnóstico y lava el estómago facilitando la endoscopia posterior)

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Se realiza mediante el interrogatorio dirigido y la endoscopia.

Interrogatorio: se deben tener en cuenta las siguientes causas:

- ❖ Síntomas dispépticos, ingesta de AINES: úlcera péptica y gastropatía erosiva
- ❖ Etilismo: várices esofágicas
- ❖ Inicio de vómitos violentos sin sangre: Mallory- Weiss
- ❖ Síndrome de repercusión general, disfagia progresiva: neoplasia.
- ❖ Antecedentes de úlcera péptica.
- ❖ Ingesta de anticoagulantes.

ENDOSCOPIA

- ❖ Sirve para diagnóstico y tratamiento.
- ❖ Debe ir precedida de lavado gástrico.
- ❖ Debe realizarse cuando el paciente este hemodinámicamente estable, y siempre dentro de las primeras 12 Hs.
- ❖ Evalua tipo de lesión, actividad del sangrado, y la posibilidad de resangrado.
- ❖ Establece la clasificación de Forrest, la cual es importante para discriminar a qué grupo de pacientes se le va a realizar terapéutica.
- ❖ Estratifica a los pacientes en alto y bajo riesgo.
- ❖ Esta ampliamente demostrado que disminuye el tiempo de internación, el resangrado, la necesidad de cirugías, y el número de transfusiones.

CLASIFICACIÓN DE FORREST

ARTERIOGRAFÍA

Está indicada cuando fracasa el tratamiento endoscópico y el paciente tiene un riesgo quirúrgico alto.

- ❖ Requiere un débito de 0,5 ml/minuto
- ❖ Sirve para hacer tratamiento con drogas vasoactivas y embolización
- ❖ La exploración se inicial por el tronco celíaco.
- ❖ Desventaja: falta disponibilidad y de personal entrenado.

GRADO DE SEVERIDAD

- ❖ **LEVE:** pérdida sanguínea estimada en 750 a 1250 ml, representa un 15-25% de la volemia. Paciente lúcido, normotenso, FC < 100 latidos/minuto
- ❖ **MODERADA:** 1250-2000 ml = 25-40% de la volemia, FC entre 100-120 lat/ min. hipotensión ortostática, mareos, confusión.
- ❖ **SEVERA:** > 2000 ml = > 40%, FC >120 lat/min. TAS < 90 mm Hg, signos cutáneos de hipoperfusión.

CONDUCTAS ANTE EL PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE DESCOMPENSADO

- ❖ Colocar dos vías periféricas cortas y gruesas, y perfundir a chorro con solución fisiológica
- ❖ Pedir grupo, factor, compatibilidad, Hcto, recuento de blancos, plaquetas, tiempo de protombina, urea, creatinina, glucemia, nomoionograma
- ❖ Colocar SNG y lavar
- ❖ Colocar sonda vesical para medir diuresis
- ❖ Oxigenoterapia
- ❖ Cuando el Hcto es < 25 % o Hb < a 7 gr/dl, transfundir con sedimento globular.
- ❖ En el paciente cirrótico, pasar la mínima cantidad necesaria de líquidos para no sobrecargarlo, ya que esto aumenta el flujo sanguíneo esplácnico aumentando la presión portal.
- ❖ Si el paciente continua en shock se debe indicar cirugía de urgencia.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es detener la hemorragia y prevenir la recidiva.

Modalidades terapéuticas:

- Tratamiento Farmacológico
- Tratamiento Endoscópico

- Tratamiento por Arteriografía

- Tratamiento Quirúrgico

