

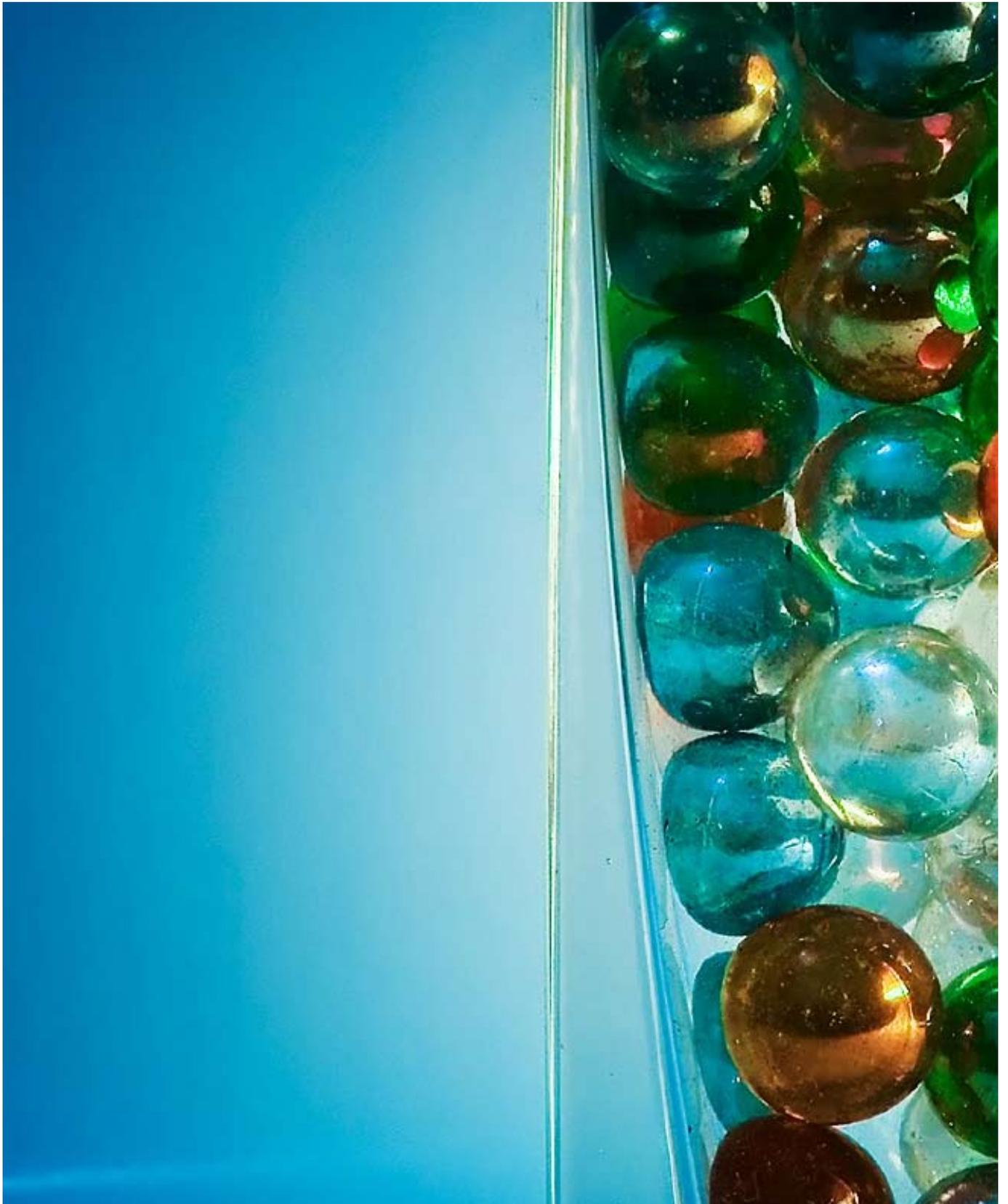


Libros
Virtuales
IntraMed



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

CLASIFICACIÓN DE FORREST		
TIPO I: Sangrado activo	A- Pulsátil (arterial) B- En napa (venoso)	80-90% de resangrado
TIPO II: Estigmas de sangrado reciente	A- Vaso visible B- Coágulo adherido C- Fondo sucio	30-50% de resangrado
TIPO III: Sin estigmas de sangrado reciente		10% de resangrado

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

HDA POR ULCERA GASTRODUODENAL

Es la causa más frecuente de HDA (50%)

Las úlceras localizadas en la región alta de curvatura menor y las de cara

posteroinferior del bulbo son las que mayores probabilidades tienen de sangrar

y resangrar debido a una abundante irrigación de esta zona

dada fundamentalmente por las arterias coronaria estomacal (o gástrica izquierda)

y gastroduodenal respectivamente.

Aproximadamente el 80% de las HDA por úlcera péptica ceden en forma

espontánea, mientras que el resto continúan sangrando o recurren.

Debido a esto es importante determinar al ingreso el riesgo de resangrado y

muerte mediante criterios clínicos y endoscópicos.

Criterios clínicos de mal pronóstico:

- Edad > 60 años.
- Comorbilidad: principalmente cardiopatía isquémica
- Shock
- Hemorragia activa durante la endoscopia
- Úlcera > de 2 cm

Criterios endoscópicos de resangrado

- Forrest I: 90% de resangrado
- F-II a: 50%
- F-II b: 25-30%
- F-II c: 10%
- F-III: 5%

ALTO RIESGO	Sangrado activo Vaso visible Coágulo adherido
BAJO RIESGO	Fondo sucio en la base de la úlcera Ausencia de estigmas de sangrado reciente

NOTA: Los coágulos adheridos tienen un riesgo de resangrado de un 20-30%, muchos sugieren remover el coágulo mediante un lavado enérgico y luego realizar tratamiento endoscópico de la lesión subyacente. Esta medida reduce el riesgo de resangrado.

TRATAMIENTO

**ENDOSCÓPICO
(TÉRMICO)**

De contacto Pinza caliente
Electrocoagulación
(mono o bipolar)

Sin contacto CAP
Láser

**ENDOSCÓPICO
(NO TÉRMICO)**

Inyectable Adrenalina
Polidocanol
Alcohol absoluto

Mecánicos Hemoclips
Banding

Combinado Inyección de adrenalina +
método térmico

FARMACOLÓGICO

QUIRÚRGICO

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

INYECTABLES

La inyección con adrenalina diluida en sol. fisiológica 1 / 10000 (1 amp. en 9 ml de sol. fisiológica) o 1/ 20000 (1 amp. en 19 ml de sol. fisiológica) Inyectar como máximo 30 ml.

El mecanismo hemostático de esta solución se explica por dos razones:

Por aumento de volumen, esto aumenta la presión intersticial: compresión y taponaje del vaso.

Efecto vasoconstrictor de la adrenalina.

- ❖ Luego de la adrenalina se puede inyectar AET (Polidocanol): 2 ml de AET en 2 ml de sol. fisiológica.
- ❖ La administración de sol. fisiológica sola es efectiva para lograr la hemostasia pero no disminuye el resangrado.
- ❖ La inyección de alcohol absoluto se desaconseja porque produce necrosis y posterior perforación.

TÉRMICOS

- ❖ Se los divide en métodos de contacto (pinza caliente, electrocoagulación mono o bipolar) y en métodos de no contacto (CAP y Láser)
- ❖ Los más usados son la electrocoagulación bipolar y CAP.
- ❖ Se han realizado varios estudios que comparan la eficacia de estos métodos y ninguno es superior a otro en cuanto al control de la hemostasia, resangrado, días de internación, necesidad de cirugía, y número de unidades de sangre.
- ❖ Por lo tanto la elección del método se debe hacer en base a la disponibilidad, costos y experiencia del operador.

MECÁNICOS

- ❖ Se describen dos: Banding y Hemoclips.
- ❖ Se comparo el uso de hemoclips vs. hemostasia con pinza caliente y la recurrencia del sangrado fue de 1.8% y 21% respectivamente. A pesar de su alta eficacia esta modalidad posee las desventajas de ser operador dependiente y a su vez este debe contar con asistente entrenado y además no permite llegar a todas las lesiones debido a que muchas de éstas tienen un abordaje tangencial.

COMBINADOS

- ❖ Consiste en la inyección de adrenalina más un método térmico (pinza caliente, coagulación bipolar, CAP)
- ❖ En la hemorragia activa, la administración de adrenalina detiene el sangrado permitiendo ver el vaso, esto permite realizar termocoagulación más dirigida y a su vez disminuye la disipación de la energía térmica.
- ❖ La terapia combinada disminuye el índice de resangrado, mortalidad, días de estadía, lo cual la convierte en la terapia de elección.
- ❖ Sin embargo, la terapia combinada tiene mayor riesgo de complicaciones como la perforación.

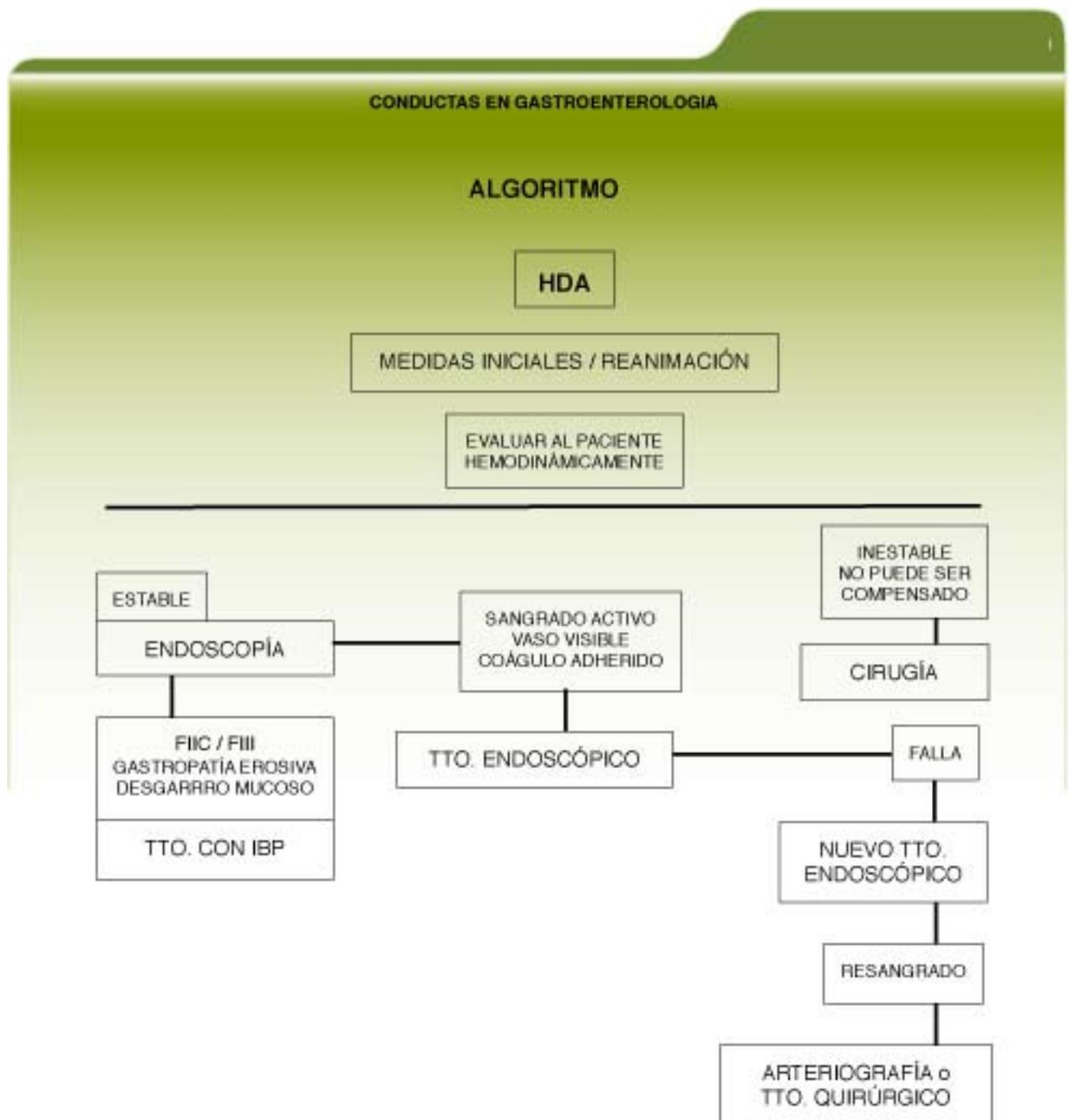
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Bases fisiopatológicas:

- ❖ En un medio ácido, la agregación plaquetaria esta alterada, por otro lado se activa la pepsina cuya actividad proteolítica disuelve el coágulo.
- ❖ El tratamiento antisecretor favorece la agregación plaquetaria y la formación del coágulo.

RANITIDINA

- ❖ Produce una reducción modesta de las tasas de resangrado, mortalidad y de la necesidad de cirugías.
- ❖ Esto se debe a que produce un bloqueo parcial de la secre-



ción de ácido.

- ❖ Su uso no se recomienda en el manejo de la úlcera péptica sangrante.

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

- ❖ La administración de IBP a dosis altas luego del tratamiento endoscópico, reduce el riesgo de resangrado.
- ❖ El riesgo máximo de resangrado ocurre en las primeras 72 hs.

Dosis recomendadas:

- ❖ IBP endovenoso (Omeprazol o Pantoprazol) 80 mg en bolo seguido de 8 mg/ hs durante 72 hs.
- ❖ Si no hay resangrado en las primeras 24 hs se puede rotar a vía oral, Omeprazol 40 mg/día, o Pantoprazol 80 mg/día.
- ❖ Si no se dispone de IBP EV, administrar un IBP a dosis doble por vía oral: Omeprazol 20 mg c/12 hs o bien Pantoprazol 40 mg c/12 hs.

OCTREÓTIDO

- ❖ Tiene un beneficio teórico en la HDA por úlcera péptica debido a que disminuye el flujo sanguíneo esplácnico, inhibe la secreción ácida, y podría tener un efecto citoprotector.
- ❖ Puede ser utilizado como tratamiento adyuvante a la endoscopia, o cuando esta falló.
- ❖ La dosis es igual que para HDA por várices esofágicas.

HEMORRAGIA RECURRENTE

- Las úlceras localizadas en la parte alta de la curvatura menor y en la pared posterior de bulbo tienen mayor riesgo de provocar un sangrado severo y resangrado.
- El retratamiento endoscópico reduce la necesidad de cirugía sin aumentar el riesgo de muerte y tiene menos complicaciones que la cirugía.

CIRUGÍA: Indicaciones:

- ❖ Resangrado luego de 2 tratamientos endoscópicos
- ❖ HDA inicial que produce shock y que no puede ser estabilizado hemodinámicamente
- ❖ Hemorragia recurrente que produce shock
- ❖ Hemorragia persistente que no puede ser controlada por endoscopia y/o requiere mas de 3 U de sedimento globular/día

TIEMPO DE INTERNACIÓN

- ❖ Úlcera
 - ▶ Forrest IA, IB, IIA, IIB (3 días)
 - ▶ Forrest IIC, III (menos de 24 hs)
- ❖ HDA por várices esofágicas (7 días)
- ❖ Mallory-Weiss (2-3 días)

Bibliografía

1. Joseph Sung. Current management of peptic ulcer bleeding. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2006; 3 (1): 24-32.
2. Don C. Jockey. Hemorragia digestiva. Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7 edición. 2004. Capitulo 13. Página 226-268.
3. Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From Initial Evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. Med Clin North Am. 2008 May;92(3): 491-509.
4. Current endoscopic and pharmacological therapy of peptic ulcer bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008; 22(2):243-59.
5. An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal Endoscopy. Volume 53, no. 7, 2001.
6. KR Palmer. Nonvariceal upper. gastrointestinal haemorrhage:guidelines. Gut 2002; 51(suppl 4):IV1-IV6.
7. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández. Llamazares J, Villanueva C. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterología y Hepatología; 2003; 26:70-85.