



Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias

M.V. Catalina Rodríguez, L. Ibáñez Samaniego, R. Díaz Ruíz y M. Romero Cristóbal

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Hemorragia digestiva
- Endoscopia digestiva alta
- Colonoscopia
- Angio-TC abdominal

Keywords:

- Gastrointestinal bleeding
- Upper endoscopy
- Colonoscopy
- Abdominal CT angiography

Resumen

La hemorragia digestiva (HD) se puede clasificar en alta o baja, en función de que el punto de sangrado se encuentre por encima o por debajo del ángulo de Treitz. En la valoración inicial del paciente con HD es fundamental una correcta anamnesis y la valoración de las heces (melena, hematoquecia, rectorragia) para orientar la localización del sangrado. Si sospechamos un origen alto debe realizarse una endoscopia digestiva precozmente. El tratamiento de elección de la HD por varices esofágicas es la combinación de somatostatina o terlipresina y el tratamiento endoscópico con ligadura con bandas o esclerosis. El tratamiento de la HD péptica es la combinación del tratamiento endoscópico (esclerosis, *hemoclips*, fulguración) con inhibidores de la bomba de protones en altas dosis. La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja (HDB) en la población adulta es la enfermedad diverticular del colon. La mayoría de las HDB se autolimitan espontáneamente o bajo tratamiento conservador. Tras la estabilización hemodinámica en un paciente con HDB debe realizarse una colonoscopia lo antes posible para intentar localizar el punto de sangrado.

Abstract

Diagnostic and therapeutic protocol for gastrointestinal haemorrhage in the emergency department

Gastrointestinal bleeding (GIB) can be classified into high or low, depending on the point of bleeding is above or below the Treitz angle. In the initial assessment of patients with GIB a correct anamnesis and assessment of stool (melena, hematochezia, rectal) to guide the location of the bleeding is essential. If we suspect a high originally an endoscopy should be performed early. The treatment of choice for esophageal varices GIB is the combination of terlipressin and somatostatin or endoscopic treatment with banding or sclerosis. The treatment of peptic GIB is the combination of endoscopic treatment (sclerosis, *hemoclips*, lightning) with proton-pump inhibitor at high doses. The most common cause of lower gastrointestinal bleeding (LGIB) in adult population is diverticular disease of the colon. Most are self-limiting LGIB spontaneously or under conservative treatment. After hemodynamic stabilization in a patient with LGIB one colonoscopy as early as possible to try to locate the point of bleeding should be performed.

Introducción

Las hemorragias digestivas (HD) se clasifican en altas (HDA) y bajas (HDB) según el origen del sangrado. Las HDA (90% de las HD) tienen el punto de sangrado por encima de la cuarta porción del duodeno (ángulo de Treitz)

y se agrupan en aquellas que no cursan con hipertensión portal (HTP), el 70% de los casos, y las que cursan con HTP, dado que su manejo y mortalidad son muy distintos. Las HDB son menos frecuentes y su curso suele ser más benigno o crónico. Las causas más frecuentes de HD se resumen en la tabla 1.

TABLA 1

Causas más frecuentes de hemorragia digestiva

Hemorragia digestiva alta	Hemorragia digestiva baja
Úlcera gastroduodenal 35-50%	Enfermedad diverticular 17-40%
Varices esófago-gástricas 25-35%	Angiodisplasias 2-30%
Gastritis/LAMG 10-15%	Neoplasia 2-26%
Síndrome de Mallory-Weiss 5-10%	Pólipos y poliposis 5-11%
Esofagitis 5-15%	Hemorroides 2-9%
Hernia de hiato 5%	EII 2-8%
Tumores 1-3%	Colitis isquémica 3-9%
No identificadas 5-10%	Divertículo de Meckel
	Enteritis infecciosas
	Enteritis actínica

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; LAMG: lesiones agudas de la mucosa gástrica.

El sangrado digestivo se manifiesta en forma de hematemesis, melena, hematoquecia o rectorragia, lo que puede orientarnos en la localización del punto de sangrado. La melena es una deposición de color negro, brillante y adherente con período de permanencia de la sangre en heces mayor de 8 horas, lo que permite la degradación de la hematina de la hemoglobina procedente de la sangre extravasada. Con mayor frecuencia se debe a lesiones situadas en el tramo digestivo superior; sin embargo, también puede proceder del intestino delgado, e incluso del colon, si el sangrado es moderado y el tránsito lento. Denominamos rectorragia a la expulsión de sangre roja rutilante por el ano, sugerente de proceder de los tramos más distales, y hematoquecia a la sangre de un color intermedio con la melena, generalmente con origen en recto o colon, pero una hemorragia profusa de tramos altos puede manifestarse así, estimándose que entre un 2% y un 11% de las hematoquecias graves proceden del tracto digestivo superior.

La incidencia de la HD ha disminuido, pero su mortalidad continúa siendo elevada, de forma que es precisa una aproximación sistemática a estos pacientes para una práctica clínica de calidad.

Manejo general de la hemorragia digestiva alta

En la evaluación inicial del paciente con HD debemos realizar una rápida anamnesis que nos permita conocer los antecedentes patológicos (hábitos tóxicos, ingesta de fármacos gastroerosivos, enfermedad ulcerosa previa o hepatopatía) y tener en cuenta la forma de presentación de la hemorragia como vimos previamente. La exploración física nos permitirá valorar signos de hipoperfusión periférica, estigmas de hepatopatía, ictericia o ascitis y con el tacto rectal evaluaremos las características de las deposiciones. La evaluación hemodinámica del paciente, mediante la determinación de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, debe realizarse lo más pronto posible. Una vez realizada la evaluación inicial y haber estimado la gravedad de la hemorragia se deben realizar una serie de medidas generales que se resumen en la tabla 2¹. La colocación de una sonda nasogástrica puede ser de utilidad para valorar la actividad de la hemorragia y limpiar el estómago antes de la endoscopia, aunque su beneficio real es

TABLA 2

Medidas generales de actuación en la hemorragia digestiva alta**Aproximación inicial**

Catéteres venosos: 2 vías periféricas gruesas (16-18 G)

Reserva de concentrados de hemáties

Análítica completa (hemograma, coagulación, bioquímica general)

Sonda nasogástrica (opcional)

Reposición de la volemia intensiva

En hemorragia grave valorar: oxigenoterapia, vía central, sonda vesical, intubación orotraqueal o necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos

Transfusión de hemoderivados

Generalmente se recomienda una política transfusional restrictiva

Transfusión de sangre isogrupo si sangrado masivo y/o inestabilidad hemodinámica

Transfusión de concentrados de hemáties con hematocrito < 21-24% o hemoglobina < 7-8 g/dl (política transfusional restrictiva). Si cardiopatía isquémica individualizar

Valorar transfusión de plasma fresco congelado en caso de politransfusión (6 o más concentrados de hemáties en 24 horas)

Corrección de anticoagulación revirtiendo dosis supratrapéuticas de acenocumarol con complejo protrombínico si sangrado grave. Individualizar INR (habitualmente 1,5)

Transfusión de plaquetas si sangrado activo y cifras < 50.000/ μ l

Control de constantes vitales

Hemorragia leve: PAS > 100 mm Hg y FC < 100 lpm

Hemorragia grave: PAS < 100 mm Hg y/o FC > 100 lpm, signos de hipoperfusión periférica, ortostatismo (aumento de FC \geq 20 lpm o descenso de PAS \geq 20 mm Hg en bipedestación)

Alimentación

Ayuno o dieta líquida las primeras 24 horas

Tratamiento farmacológico

Dosis única de eritromicina intravenosa (250 mg) 30-60 minutos antes de la endoscopia si sospecha de hemorragia activa

Según la sospecha etiológica: inhibidores de la bomba de protones (80 mg en bolo, seguido de infusión continua de 8 mg/hora) o somatostatina (bolo de 250 μ g, seguido de infusión continua de 500 μ g/hora)

Endoscopia precoz (primeras 24 horas)

FC: frecuencia cardíaca; PAS: presión arterial sistólica.

controvertido. La administración de un bolo único de eritromicina (250 mg intravenosos), entre 30 y 60 minutos antes de la realización de la endoscopia, puede ayudar a conseguir una mejor visualización de la cavidad gástrica durante la endoscopia, dado su efecto procinético, sobre todo si hay sospecha de sangrado activo.

Hemorragia digestiva alta. Diagnóstico y tratamiento en Urgencias

La endoscopia digestiva alta (EDA) permite realizar el diagnóstico de la lesión sangrante en el 95% de los casos, estratifica a los pacientes en riesgo según las características de la lesión y permite aplicar técnicas hemostáticas para el control del sangrado. La endoscopia inicial debe realizarse tan pronto como sea posible, idealmente dentro de las 6 horas (endoscopia precoz) a 12 horas siguientes al ingreso. Se debe proteger la vía respiratoria mediante intubación orotraqueal antes de proceder a la endoscopia en pacientes con hemorragia masiva, encefalopatías graves o incapaces de mantener una saturación de oxígeno superior a 80-90%. En algunas situaciones debe considerarse el riesgo que supone la realización de una endoscopia urgente: pacientes con infarto agudo de miocardio reciente, insuficiencia respiratoria grave y los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808830>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808830>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)