



Protocolo diagnóstico de la melena

F. Jiménez Vicente, Y. Jamanca Poma y J. Umaña Mejías

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Palabras Clave:

- Hemorragia digestiva alta
- Melena
- Gastroscoopia urgente

Keywords:

- Upper gastrointestinal bleeding
- Melena
- Urgent gastroscopy

Resumen

La hemorragia digestiva constituye una de las emergencias más frecuentes en los Servicios de Urgencia hospitalaria. Es prioritario realizar con urgencia la confirmación de la hemorragia, la evaluación (TA y frecuencia) y corrección hemodinámica y la inmediata reposición de volumen y/o corrección de la anemia. Tan pronto como esté estabilizado el paciente, se realizarán la historia clínica y las exploraciones complementarias oportunas. La valoración conjunta de datos clínicos, mediante sistemas de puntuación como la clasificación de Blachfort, permite estratificar en diferentes grupos de riesgo a los pacientes. La gastroscoopia urgente es la exploración de elección, ya que nos permite identificar la lesión sangrante, observar la intensidad y, si fuera preciso, aplicar hemostasia. Existen otros sistemas (Rockall), una vez realizada la endoscopia, que se utilizan para estimar el riesgo de recidiva y de mortalidad, y poder determinar las necesidades asistenciales y la duración del ingreso.

Abstract

Diagnostic protocol of melena

Gastrointestinal bleeding is one of the most common emergencies seen in hospital emergency departments. A priority is confirmation of the hemorrhage, assessment (TA and frequency), hemodynamic correction and immediate volume replacement and / or correction of anemia. As soon as the patient is stabilized, there will be a clinical history and additional examinations. The combined assessment of clinical data, using scoring systems such as classification (Blachfort) can be stratified into different risk groups of patients. Urgent gastroscopy is the exploration of choice and allows us to: identify the bleeding lesion in most cases, observe the intensity and, if necessary, apply hemostatic treatment. There are other systems (Rockall), following an endoscopy, which are used to estimate the risk of recurrence and mortality, and to determine the care needs and duration of admission.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una importante emergencia médica. Se define como aquella en la cual la lesión responsable se localiza por encima del ángulo de Treitz. Se tiende a clasificar la HDA en secundaria a hipertensión portal (HTP) y no relacionada con HTP. Esto se debe a que las características de los pacientes, el tratamiento endoscópico,

el tratamiento médico, la recidiva y el pronóstico son diferentes entre ambas patologías. Se puede manifestar clínicamente de diferentes maneras.

Hematemesis

Es el vómito de sangre. Esta sangre puede ser reciente (fresca roja brillante) o no reciente (aspecto en posos de café)¹.

Melena

Es la emisión de heces negras “como el alquitrán”. La melena también es una característica de la hemorragia del intestino delgado y del colon derecho. Requiere de una extravasación de al menos 60-100 ml de sangre y puede persistir hasta cinco días después del cese del sangrado.

Hematoquecia

Es la evacuación de sangre roja por el ano; sugiere una hemorragia digestiva baja; sin embargo, hasta el 5% de los pacientes con HDA presentan hematoquecia bien debido a una hemorragia masiva (volumen superior a 1000 cc)², a un tránsito rápido o a la presencia de fístulas gastrointestinales.

Algunos casos de HDA grave se presentan con una clínica de *síncope, angor o disnea* antes de producirse la exteriorización hemorrágica, lo cual traduce la existencia de un fallo de oxigenación cerebral, miocárdica o de insuficiencia respiratoria que, por sí solas, son indicativas de gravedad.

Etiología

Puede estar causada por múltiples lesiones y en distintas regiones del tubo digestivo. Los estudios publicados de varios países sugieren que entre el 80-90% de todas las HDA se deben a lesiones no varicosas³. Las causas más frecuentes son las úlceras y las erosiones, y actualmente las causadas por antiinflamatorios no esteroideos (AINE) dado el incremento de su consumo. Estudios poblacionales realizados en Europa estiman que la incidencia anual de hemorragia digestiva por úlcera aguda es de 100 a 190 por 100.000 individuos, con una tasa de mortalidad de 1,7 a 10,8%, causados directamente por el episodio de sangrado o indirectamente relacionados con enfermedades médicas concurrentes³. Entre otras puede estar en relación con neoplasias, infecciones virales, enfermedades inflamatorias, Mallory-Weiss, esofagitis, lesiones de Dieulafoy, angiodisplasias, ectasia vascular gástrica, varices esofagogástricas, gastropatía hipertensiva portal y causas menos frecuentes como hemobilia, pancreatitis necrohemorrágica y fístula aortoentérica.

Evaluación inicial

La evaluación inicial del paciente con sospecha de HDA comienza por *valorar y corregir el estado hemodinámico*. En pacientes inestables se recomienda la colocación de dos vías periféricas de grueso calibre (calibre 16-18) para la reposición de volumen mediante soluciones cristaloides, expansores de volumen y/o corrección de la anemia. La decisión de transfundir debe ser individualizada. Se recomienda mantener cifras de hemoglobina por encima de 10 mg/dl en los pacientes con enfermedad coronaria y otras comorbilidades; mientras que en los pacientes jóvenes sin enfermedades aso-

ciadas y en ausencia de hemorragia aguda está indicado transfundir con cifras inferiores a 7 g/dl^{4,5}.

Tan pronto como esté estabilizado el paciente, se realizará una historia clínica y las exploraciones complementarias oportunas⁶.

Anamnesis

Es importante recoger datos de la forma de aparición de la hemorragia. La anamnesis debe ser especialmente metódica sobre *síntomas que indiquen gravedad* (ortostatismo, mareo, confusión, angina, palpitaciones, frialdad de las extremidades). Es importante preguntar sobre *episodios previos* de hemorragia gastrointestinal (hasta el 60% de los pacientes con historia de HDA pueden sangrar de la misma lesión que provocó anteriores ingresos), ingesta de *fármacos* (ácido acetilsalicílico [AAS], AINE, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, compuestos de bismuto o de hierro), la presencia de epigastralgia, vómitos (rotura de Mallory Weiss), pirosis y antecedente de síntomas de *enfermedad por reflujo gastroesofágico* (ERGE), disfagia y odinofagia, *dolor abdominal* (úlcera péptica, isquemia mesentérica), *hepatopatía* que plantea la posibilidad de una hemorragia por HTP o de *síndrome general* que orientan a un proceso maligno.

Asimismo, se deberán evaluar las *comorbilidades* asociadas como la enfermedad coronaria, la enfermedad pulmonar; que son más susceptibles a la hipoxemia; la insuficiencia cardíaca o renal que requieren monitorización invasiva en la resucitación; las coagulopatías, trombocitopenia e insuficiencia hepática; y situaciones de riesgo de aspiración como demencia y encefalopatía que vayan a necesitar intervención.

Exploración física

Además de valorar el estado hemodinámico, puede revelar signos como: ictericia, arañas vasculares, Dupuytren (hepatopatía), acantosis nigricans (neoplasia), manchas café con leche (Peutz-Jaëghers), la presencia de telangiectasias (telangiectasia hemorrágica hereditaria), etc.

El *tacto rectal* es obligado para confirmar la melena o hematoquecia y nos puede proporcionar datos indirectos de la gravedad y origen del sangrado, aunque no es un indicador seguro.

Lavado y aspirado nasogástrico

El aspirado tiene una baja sensibilidad y un pobre valor predictivo negativo para descartar sangrado activo, valorar la gravedad o descartar un origen alto de la hemorragia en pacientes con melena o con hematoquecia sin hematemesis. La ausencia de material sanguinolento o en posos de café no tiene valor pronóstico; hasta el 15% de estos pacientes tienen lesiones endoscópicas de alto riesgo de resangrado⁷. Por esta razón, *se desaconseja el lavado nasogástrico como herramienta para evaluar la actividad del sangrado*.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809701>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809701>

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