

INGRESO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) EN LA UCE

NOVIEMBRE 2005

DOCUMENTO ELABORADO POR:

- Dr. Valentín Lisa Catón
- Dra. Cristina Flaño Fernández
- Dra. Rosana Gómez-Cadiñanos Sáinz
- Dra. Rosana Soriano Barrón
- Dr. Pablo Guallar Sola

SERVICIO DE URGENCIAS-UCE

- Dr. Joaquín Yangüela Terroba

SECCION DE APARATO DIGESTIVO

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como toda extravasación de sangre en el tubo digestivo en el tramo localizado entre el esófago y el ángulo de Treitz. Se expresa clínicamente por la presencia de hematemesis, melena o hematoquecia.

Es un motivo de consulta frecuente en urgencias y supone un número importante de ingresos hospitalarios (entre 50 y 140 ingresos por 100000 habitantes y año). La mortalidad por esta causa es variable, entre el 2 y el 20%, y depende sobre todo de la **edad** de los pacientes y sus posibles **enfermedades asociadas**, la **cuantía del sangrado** y los **signos endoscópicos de riesgo**. La HDA cesa de forma espontánea en el 80% de los casos. La causa más frecuente es la hemorragia por úlcera péptica, que tiene una mortalidad del 2%.

En nuestro centro, en los últimos 7 años (fecha de apertura de la Unidad de Corta Estancia –UCE–), han ingresado en UCE una media de 58 casos por año, que supone un porcentaje elevado de los ingresos por esta patología.

CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista práctico, resulta de utilidad clasificar las HDA según criterios de gravedad, porque ello orienta sobre la actuación más adecuada en cada caso. Deben tenerse en cuenta tres parámetros:

1. **Criterios clínicos de gravedad**. Según los hallazgos clínicos, puede estimarse la pérdida de volumen debido a la hemorragia, lo que la define como leve, moderada, grave o masiva. Estos criterios se recogen en la tabla I.
2. **Origen del sangrado**. Según el punto sangrante, la HDA puede catalogarse como de alto, medio o bajo riesgo, según se recoge en la tabla II.
3. **Signos endoscópicos de riesgo**. La endoscopia digestiva es la exploración de elección para todos los casos de HDA. Debe realizarse dentro de las primeras 12 horas ya que, aparte de su valor diagnóstico y pronóstico, tiene también utilidad terapéutica, de forma que pueden ser tratadas localmente las lesiones detectadas. Según los hallazgos en la

endoscopia, las HDA pueden clasificarse como de alto o bajo riesgo, atendiendo fundamentalmente al riesgo de **persistencia o recidiva**. Estos criterios se recogen en la tabla III.

Tabla I.- Gravedad de la HDA según criterios clínicos

GRAVEDAD	SIGNOS CLÍNICOS	PERDIDA ESTIMADA DE VOLUMEN
Leve	Ninguno	< 500 cc (<15 %)
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca < 100 • TA sistólica >100 mmHg • Frialdad de pies y manos • Estado de conciencia normal 	750-1250 cc (15-25 %)
Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca 100-120 • TA sistólica 90-100 mmHg • Sudación, palidez, oliguria • Inquietud 	1250-1750 cc (25-30 %)
Masiva	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca > 120 • TA sistólica <80 mmHg • Frialdad intensa, palidez extrema, anuria • Estupor 	>1750 cc(>35 %)

Tabla II.- Gravedad de la HDA según el origen del sangrado

Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Mallory-Weiss • Esofagitis • Lesiones agudas de la mucosa gástrica (gastroerosivos)
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> • HDA debida a hipertensión portal (gastropatía, varices esófago-gástricas) • Neoplasia • Malformaciones vasculares • Hemorragia de origen no filiado

Tabla III.- Gravedad de la HDA según los hallazgos endoscópicos

<p>Alto riesgo (riesgo de recidiva o persistencia > 10%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia activa pulsátil • Hemorragia activa por rezumamiento • Vaso visible en la base de la úlcera • Coágulo reciente • Coágulo adherido a la base de la úlcera • Úlceras de gran tamaño • Úlceras localizadas en cara posterior de bulbo duodenal o en parte superior de curvatura menor gástrica
<p>Bajo riesgo (riesgo de recidiva o persistencia < 10%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restos hemáticos en la base de la úlcera • Úlcera con base limpia • Lesiones agudas de la mucosa gástrica • Duodenitis sin sangrado activo • Hemorragia por hernia de hiato • Síndrome de Mallory-Weiss • Esofagitis

DIAGNÓSTICO

1). Historia clínica y exploración física:

Debe realizarse una historia clínica completa a los pacientes con HDA. Debe prestarse especial atención en registrar:

- Forma de presentación: hematemesis, melena o hematoquecia.
- Tiempo de evolución del sangrado.
- Síntomas previos: dispepsia, pirosis, dolor abdominal, etc.
- Antecedentes personales: edad y enfermedades previas (diabetes, insuficiencia cardiaca, renal o hepática, IAM, etc).
- Antecedentes de tabaquismo u otras drogas de abuso.
- Antecedentes de ingesta de gastroerosivos (como AINE).
- Exploración general completa. Observación de las heces, con la realización de un tacto rectal.
- Colocación de sonda nasogástrica. En caso de sangrado importante permite el vaciamiento del estómago y controlar la actividad de la hemorragia. No usar si existe sospecha de varices esofágicas.

2). Pruebas complementarias:

A los pacientes con HDA o sospecha de la misma hay que realizarles **análisis**, que incluyan hemograma, bioquímica en sangre, estudio de coagulación y , además, cruzar y reservar al menos 1600 cc de sangre.

Una urea elevada con creatinina normal es un dato sugestivo de HDA, aunque no patognomónico.

Otras pruebas complementarias (radiografías de tórax y abdomen, ECG...) se realizarán en función de la patología que presente el paciente y la previsible necesidad de cirugía.

La **endoscopia digestiva** es la exploración de elección en los pacientes con HDA. Debe realizarse en cuanto sea posible, una vez estabilizado el paciente, por lo que se solicitará desde el servicio de Urgencias. Además de obtener un diagnóstico preciso de la lesión sangrante en aproximadamente el 90% de los casos, aporta criterios pronósticos (tablas II y III) y permite el tratamiento local de la lesión, lo que disminuye el número de recidivas. En los casos de HDA

leve y con sospecha de lesión con bajo riesgo de sangrado, es aceptable el ingreso del paciente en UCE y la realización de la endoscopia a la mañana siguiente (siempre dentro de las primeras 12 horas).

Cuando se realice la endoscopia se hará también un test de determinación de *Helicobacter pylori*, germen que es responsable de un elevado porcentaje de los casos de úlcera gastroduodenal.

La endoscopia no puede realizarse en los siguientes casos:

- Pacientes con inestabilidad hemodinámica. La estabilización es prioritaria sobre la realización de la endoscopia.
- Angina inestable o IAM reciente
- Pacientes en coma, hasta que la vía aérea sea protegida mediante intubación de la tráquea.
- Pacientes que no acepten la exploración. Antes de realizar la endoscopia, debe solicitarse el consentimiento informado.

CRITERIOS DE INGRESO EN UCE

Deben ser ingresados en el hospital **todos** los pacientes con HDA. En principio, ingresarán en UCE, salvo aquellos que cumplen los criterios de exclusión que se mencionan más adelante.

En los casos en los que la endoscopia no sea concluyente, esta exploración puede repetirse a las 24 horas. Si están estables, estos pacientes también ingresarán en UCE, en espera de la segunda exploración, tras la cual se replanteará su continuidad en UCE o su paso a hospitalización convencional.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE INGRESO EN UCE

Los pacientes que cumplan alguna de las características que se recogen en la tabla IV deben ingresar en la Sección de Aparato Digestivo. Algunos de ellos, según su gravedad, requerirán ingreso en UMI o valoración urgente por Cirugía.

Tabla IV.- Pacientes que no deben ingresar en UCE

- Criterios clínicos de hemorragia masiva. **Valorar UMI.**
- Criterios endoscópicos de alto riesgo de recidiva.
- HDA por hipertensión portal, malformaciones vasculares o neoplasia.
- HDA persistente a pesar del tratamiento endoscópico. Puede ser necesaria una segunda endoscopia. **Valorar Cirugía.**
- Pacientes con patologías crónicas descompensadas.
- Edad > 60 años. Aunque la edad elevada aumenta el riesgo de recidiva, no debe ser considerado un criterio de exclusión absoluto de ingreso en UCE.

TRATAMIENTO

1.- ESTABILIZACIÓN INICIAL

A todos los pacientes con HDA sospechada o confirmada se les colocará al menos una vía periférica de grueso calibre. En algunos casos, cuando cumplan criterios clínicos de gravedad (tabla I), puede ser necesario colocar dos vías periféricas y/o una vía venosa central.

Una vez asegurado el acceso venoso, se comenzará la infusión de líquidos EV, inicialmente con suero fisiológico. En los casos en que se sospeche una hemorragia masiva o en casos estables en los que se observe una hemoglobina inferior a 8 g/dl puede considerarse la transfusión de concentrado de hematíes.

Una vez estabilizado el paciente se realizará la endoscopia, que proporciona el diagnóstico en la mayoría de los casos y permite el tratamiento local. Si se sospecha un sangrado debido a hipertensión portal, se administra un bolo de **somatostatina** de 250 µg, seguido de infusión continua de 3 mg/ 12 horas. Tras su realización, en función de los hallazgos, se decide el ingreso del paciente en la unidad más adecuada, donde se procederá a la segunda fase de tratamiento

2.- TRATAMIENTO EN UCE

Los pacientes que ingresen en Digestivo, UMI o Cirugía, recibirán el tratamiento que indique el especialista responsable.

Los pacientes que ingresen en UCE, se manejarán de acuerdo con el siguiente esquema:

A.-Dieta

- Se indicará dieta absoluta hasta la realización de la endoscopia.
- Los casos en los que la endoscopia no sea concluyente y sea necesario repetirla a las 24 horas, deberán permanecer a dieta absoluta.
- En pacientes estables, con lesiones de riesgo bajo y sin sangrado activo, puede indicarse la administración de una dieta de ulcus dos horas después de la realización de la endoscopia.
- En pacientes con úlcera péptica sin signos de sangrado reciente, o en aquellos en los que se haya aplicado tratamiento endoscópico local, se indicará dieta absoluta al menos durante las primeras 24 horas. Debe monitorizarse la persistencia del sangrado mediante observación de las heces y determinación de urea en sangre, y mantener al paciente a dieta hasta la desaparición del sangrado.

B.- Sueroterapia

Los pacientes que permanezcan a dieta absoluta, recibirán al menos 2500 cc de suero glucosalino en 24 horas. Según la estimación del volumen perdido (tabla I), estos requerimientos pueden ser más elevados, pudiendo ser necesaria incluso la transfusión de concentrado de hematíes.

C.- Tratamiento farmacológico

Las causas más frecuentes de HDA susceptibles de ingreso en la UCE son las debidas a ulcus gastroduodenal, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss y lesiones agudas de la mucosa gástrica por gastroerosivos. En estos casos está indicado utilizar fármacos que disminuyan la secreción ácida del estómago. Se utilizarán, cuando sea posible por vía oral. En los pacientes que deban permanecer a dieta absoluta, se utilizará la vía endovenosa. Se usarán inhibidores de la bomba de protones (omeprazol y similares) a las dosis que se expresan en la tabla V.

Tabla V.- Dosis de omeprazol en HDA.

FÁRMACO	PATOLOGÍA ESOFÁGICA	PATOLOGÍA GASTRODUODENAL
Omeprazol	20 mg por vía oral cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none">• EV: 80 mg en bolo, seguidos de perfusión a 8 mg/hora durante 3 días.• Oral: 40 mg cada 12 horas durante 3 días.

Cuando los pacientes sean dados de alta, se iniciará tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori* en los casos en los que el test de determinación hubiera resultado positivo, con la pauta recomendada en la tabla VI.

Tabla VI.- Tratamiento erradicador del Helicobacter pylori.

Omeprazol cada 12 horas + amoxicilina 1 g cada 12 horas + claritromicina 500 mg cada 12 horas. El tratamiento debe mantenerse durante 7 días.

En caso de alergia a penicilina, se sustituirá la amoxicilina por metronidazol 500 mg cada 12 horas.

El omeprazol puede ser sustituido por la combinación de ranitidina + citrato de bismuto.

DERIVACIONES DE UCE A OTROS SERVICIOS

En general, los pacientes que ingresan en UCE por una hemorragia digestiva pueden ser dados de alta a su domicilio desde la propia unidad, una vez desaparecida la causa y con estabilidad hemodinámica.

- En las HDA con criterios endoscópicos de riesgo bajo, a las 24 horas de iniciar la ingesta.
- En HDA con criterios endoscópicos de riesgo medio o alto a las 48 horas de iniciar la ingesta.

Algunos pacientes, tras su ingreso y estancia en UCE, pueden requerir su ingreso en otra unidad de hospitalización convencional (habitualmente la Sección de Aparato Digestivo). Son los siguientes:

- Pacientes en los que se diagnostique HDA debida a hipertensión portal, malformación vascular o neoplasia en la endoscopia realizada tras ingresar en UCE.
- Persistencia de hemorragia (melenas, hematemesis, urea elevada) tras 4 días de hospitalización, a pesar del tratamiento.
- Recidiva de la hemorragia.
- Pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica en cualquier momento de su estancia en la unidad.
- Pacientes que no puedan ser dados de alta al cuarto día de su estancia en UCE por descompensación da alguna patología de base.
- Pacientes que no puedan ser dados de alta en menos de cuatro días por causas sociales.

En casos de inestabilidad hemodinámica o en aquellos con criterios endoscópicos de sangrado activo, puede ser necesaria la consulta con Cirugía o UMI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feu Caballé F, Terés Quiles J. Hemorragia gastrointestinal. En: Farreras Rozman. Principios de medicina interna. Madrid: Elsevier, 2004: 276-282.
2. Ibarra Herrera J, Calleja Panero JL. Hemorragia digestiva alta. En: Moya Mir S. Normas de actuación en urgencias. Madrid: Panamericana, 2005: 314-322.
3. Almela P, Amorós C, Martí L. Protocolo diagnóstico de la melena. *Medicine* 2004; 9(4): 296-298.
4. Añón R, Escuder A, Boscá M. Protocolo diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen incierto. *Medicine* 2004; 9(4): 299-301.
5. Prakash C. Enfermedades gastrointestinales. En: Ahya SN, Flood K, Paranjothi S. eds. *El Manual Washington de Terapéutica Médica*. Washington. LWW 2001: 349-375.
6. Gisbert JP. Úlcera péptica. Epidemiología, patogenia, diagnóstico y conceptos generales sobre tratamiento. *Medicine* 2004; 9(2): 64-74.
7. Das A et al. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 60,1: 85-93.
8. Cooper GS et al. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery and length of hospital stay. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 49, 2: 145-152.
9. Longstreth GF, Feitelberg SP. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use of practice guidelines in a large patient series. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 47, 3: 219-222