

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

**Prevención, Diagnóstico y
Tratamiento de la Hemorragia
Aguda del Tubo Digestivo Alto no
Variceal, en los Tres Niveles de
Atención**

GPC

Guía de práctica clínica

Catálogo Maestro: ISSSTE-133-08

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

K22 Esófago a K29 Duodeno

GPC

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN:

La hemorragia de tubo digestivo alto (CIE10 Capítulo XI Subtemas de K22 Esófago a K29 Duodeno), es la hemorragia o sangrado que se origina dentro del tracto gastrointestinal proximal al ángulo de Treitz; en la práctica incluye al esófago, estómago y duodeno. Puede manifestarse con hematemesis, melena o ambas y ocasionalmente hematoquezia, o la presencia de sangre en un paciente con sonda nasogástrica. (De la Mora –Levy, 2007;Palmer 2008), y puede llevar al estado de choque dependiendo de la pérdida sanguínea.(De la Mora-Levy2007)

EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia anual mundial va del 36 a 170 casos por 100,000 habitantes, con un promedio del 10% de mortalidad. En nuestro país no existe información suficiente.

CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA

La hemorragia del tubo digestivo Alto, de acuerdo a su origen se clasifica en: Hemorragia variceal y no variceal, y en cuanto a su presentación, ambas pueden ser de tipo agudo o crónico

HEMORRAGIA NO VARICEAL:

La úlcera péptica es la principal causa de hemorragia de tubo digestivo alto, responsable del 28 – 59% de los casos. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la recidiva ocurre en cerca del 20% después de la hemostasia, y la mortalidad es aún alrededor de 14%. (Palmer, 2008)

La esofagitis erosiva es la segunda causa de HTD; y en menor porcentaje el Síndrome de Mallory-Weiss, malignidad y otros diagnósticos. En algunos casos (16 -20%) se registra más de un diagnóstico. Y en 7 – 25% de los casos no se encuentra ninguna lesión que pudiera explicar los episodios de hemorragia, a pesar de uno o más procedimientos endoscópicos.

En México se ha reportado que la primer causa es la gastropatía erosiva (34.6%), seguida de la úlcera gástrica (24%) (De la Mora-Levy, 2007)

HEMORRAGIA VARICEAL:

La hemorragia variceal es la que ocurre a partir de venas dilatadas en el esófago distal o estómago proximal (várices) cuya formación es secundaria a hipertensión portal, generalmente ocasionada por hepatopatía crónica. El porcentaje de este tipo de hemorragia es alto, va del 4%

hasta el 30.5%. Las causas más frecuentes de este tipo de hemorragia son la cirrosis por alcohol en el género masculino y la cirrosis por hepatitis C en mujeres.

ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

El síndrome dispéptico es la sintomatología inicial de la enfermedad ácido péptica, aunque en algunos casos de úlcera por uso de antiinflamatorios no esteroideos la misma se puede realizar la prueba rápido de ureasa o la toma de biopsias para búsqueda de *Helicobacteros* (AINES) esta puede ser silenciosa y debutar con un cuadro de hemorragia. La dispepsia (sensación de dolor o ardor en epigastrio, plenitud precoz o saciedad temprana) no es exclusiva de la enfermedad ácido péptica y se debe hacer diagnóstico diferencial, con enfermedades orgánicas como reflujo gastroesofágico, gastritis por medicamentos, patología de vías biliares, pancreatitis, neoplasia gástrica y con alteraciones funcionales como la dispepsia funcional.

Los factores de riesgo para la úlcera péptica son la infección por *Helicobacter pylori* (95% de los casos de úlcera duodenal y 80% en úlcera gástrica), los AINES, y el tabaco.

Es importante establecer el diagnóstico diferencial, el grado de lesión gastroduodenal y evidenciar la presencia de *Helicobacter pylori* la endoscopia es el estudio de elección, pues además de ser diagnóstica con la toma de biopsia se descarta cáncer gástrico y duodenal.

El diagnóstico del *Helicobacter pylori* se puede realizar con pruebas no invasivas como la prueba de aliento o la búsqueda de antígeno en heces. Se considera que la prueba de aliento es la prueba de elección para control posterior a tratamiento de erradicación cuando no está indicada nuevamente una endoscopia.

A la exploración física, la presencia de dolor epigástrico a la palpación no permite diferenciar entre los pacientes que presentan una úlcera péptica y los que no (valor predictivo del 30%); el tratamiento empírico para la sintomatología de enfermedad ácido péptica con inhibidores de bomba de protones ha mostrado eficacia en la remisión de los síntomas. Los pacientes con uno o más signos y síntomas de alarma: pérdida de peso, vómitos, disfagia, sangrado digestivo y presencia de una masa abdominal palpable, deben ser derivados para la realización de una endoscopia.

El tratamiento de erradicación de *H. pylori* favorece la cicatrización, reduce la recidiva ulcerosa y disminuye riesgo de re-sangrado. Existen varios tratamientos para erradicar al germen, el que ha mostrado una mejor eficacia es el tratamiento con terapia triple a base de inhibidores de la bomba de protones a dosis doble más dos antibióticos (claritromicina mas amoxicilina) por 14 días.

En México la resistencia a metronidazol es tan alta que no justifica su uso. Los tratamientos cortos son menos efectivos. Si la prueba del aliento con urea C13 es negativa se debe iniciar un tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones a dosis estándar: Omeprazol (20mg/24hr), Lanzoprazol(30 mg/24hrs), Pantoprazol (40mg /24hrs) Rabeprazol (20mg/24hrs) y Esomeprazol (40mg/24hrs) al menos durante 4 a 8 semanas.

El consenso general establece que las medidas higiénico dietéticas (tabaquismo, alcoholismo) y /o el tratamiento sintomático mejoran los síntomas.

Los pacientes con úlceras curadas que ameritan continuar con antiinflamatorios, deben asociarse a inhibidores de bomba de protones.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo relacionados con la HTDA son:

- La presencia de *H. Pylori*.
- El uso de AINES (incluyendo ASA en dosis bajas)
- El estrés fisiológico (incluye intubación por más de 48 horas).
- Falla orgánica múltiple.
- Quemaduras de más de 25- 30 % de la superficie corporal.
- Anticoagulantes orales.
(Palmer 2008, Brito-Lugo 2007. De la Mor-Levy)
- Insuficiencia Hepática grave

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Hematemesis

Es el vómito de sangre del tracto gastrointestinal (GI) superior y ocasionalmente después del descenso de sangre desde la nasofaringe. La hematemesis puede ser roja, café o negra “pozos de café” dependiendo de la duración de contacto con los ácidos gástricos. La hematemesis rojo brillante usualmente implica hemorragia activa desde el esófago, estómago o duodeno. Esto puede llevar a un colapso circulatorio y constituye una urgencia real mayor. Los pacientes que se presentan con hematemesis tienen una mortalidad más alta que aquellos que se presentan únicamente con melena.

El vómito en pozos de café se refiere al vómito de material negro, el cual se sospecha que sea sangre. Su presencia significa que el sangrado se ha detenido o ha sido relativamente modesto.

Melena

La melena (evacuaciones de color negro o como brea) es el pasaje de heces negras usualmente debido a hemorragia gastrointestinal superior, ocasionalmente del intestino delgado o el colon del lado derecho.

Hematoquezia

Es el pasaje de sangre fresca o alterada por el recto, usualmente debido a sangrado colónico. Ocasionalmente un sangrado gastrointestinal abundante o del intestino delgado puede ser la causa.

PRONÓSTICO

El score (sistema de puntaje) de Rockall fue diseñado principalmente para predecir la muerte, basado en una combinación de datos clínicos y endoscópicos. (Palmer 2008)

Tabla 1. Sistema de registro numérico del riesgo de Rockall

Score					
Variable	0	1	2	3	
Edad	< 60 años	60-79 años	≥80 años		Criterios score inicial
Choque	No choque. TAS ≥ 100 mm Hg, pulso < 100 latidos por minuto	Taquicardia. TAS ≥ 100 mm Hg, pulso ≥ 100 latidos por minuto.	Hipotensión. TAS < 100 mm Hg,		
Co-morbilidad	Sin co-morbilidad mayor		Insuficiencia cardíaca, enfermedad isquémica coronaria, cualquier comorbilidad mayor	Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, neoplasia extendida	
Diagnóstico	Desgarro de Mallory-Weiss, sin lesión identificada, sin EHR	Todos los otros diagnósticos	Neoplasia del tubo digestivo superior		Criterios adicionales para score completo Post-endoscopia

Todos los pacientes que presenten hemorragia gastrointestinal aguda deben tener una evaluación por el sistema numérico Rockall

EXPLORACIÓN FÍSICA

La valoración inicial debe enfocarse en los signos vitales del paciente, para valorar la presencia o ausencia de hipovolemia y /o shock así como de otras co-morbilidades.

Estado de Choque

En el contexto de la hemorragia GI el choque es muy probablemente a consecuencia de hipovolemia (debido a un inadecuado volumen circulante por pérdida aguda de sangre). El paciente chocado, hipovolémico, generalmente exhibe uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Un pulso rápido (Taquicardia).
- Confusión o ansiedad.
- Una frecuencia respiratoria alta (taquipnea).
- Piel fría.
- Gasto urinario bajo (oliguria).
- Presión sanguínea baja (hipotensión)

Es importante recordar que el paciente con presión sanguínea normal, aún puede estar chocado y necesitar resucitación. (Palmer)

Otros signos de pérdida sanguínea Aguda son Taquicardia, hipotensión, palidez, diaforesis y anemia. (D. Collins. Et all , 2001)

CLASIFICACION DEL CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO

	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
Pérdida de Volumen (ml)	< 750	750 - 1500	1500 – 2000	➤ 2000
Perdida sanguínea (% de Volumen Circulante)	0-15	15-30	30-40	>40
Presión sistólica	No cambia	normal	reducido	Muy reducido
Presión diastólica	No cambia	limite	reducido	Muy reducido (irreconocible)
Pulso	Taquicardia leve	100-120	120 oscilante	➤ 120 oscilante
Frecuencia Respiratoria	Normal	Normal	>20/min oscilante	>20/min oscilante
Estado Mental	Alerta y Sediento	Ansioso o Agresivo	Ansioso, agresivo	Confuso o Inconsciente

DIAGNÓSTICO

El protocolo de estudio incluye estudios de laboratorios los cuales deben de solicitarse en forma inmediata al inicio del manejo. Incluyen Bh completa, QS, electrolitos, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación y pruebas cruzadas; los estudios sirven para establecer la gravedad del paciente, así como detectar co-morbilidad y una potencial intervención.

La sospecha de hemorragia Gastrointestinal se basa en el examen clínico y la aspiración con sonda nasogástrica (controversial Rito-Lugo, 2007), indicada en pacientes selectos pues los hallazgos pueden ser de valor pronostico (Barkun A, 2003).

ENDOSCOPIA

La endoscopia es el primer estudio de gabinete, que se debe practicar en pacientes con sangrado de tubo Digestivo Alto, previa valoración de Rockall, (SING 2008).

El tiempo para la realización de la endoscopia no esta bien definido, debe esperarse a la estabilización del paciente y a través de la revisión sistemática se sugiere una endoscopia temprana (entre 12 y 24hrs) pues reduce la necesidad de transfusión y la estancia hospitalaria, pero no hay evidencia de que esta conducta modifique la mortalidad. (SIGN 2008)

A través de la endoscopia se establece el diagnóstico etiológico de la hemorragia: ulcera péptica, esofagitis, gastritis sola y erosiva, erosión duodenal, varices esofágicas, malignidad, desgarro de Mallory Weiss y malformaciones vasculares (Palmer, 2008).

En los casos de ulcera péptica, según los hallazgos, se debe utilizar la clasificación de Forrest, para el pronóstico y tratamiento

CLASIFICACION DE FORREST

Grado	Características	% de Reactivación de Hemorragia sin Tratamiento
Ia	En chorro	100
Ib	En capa	17-100
IIa	Vaso Visible	8-81
IIb	Coagulo adherido	14-36
IIc	Lesión pigmentada	0-13
III	Sin estigmas	0-10

Finalmente con estos hallazgos endoscópicos se puede establecer la necesidad de un intervención y realizarla

ESTUDIOS DE IMAGEN

Para el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, no hay ninguna indicación de estudios de radiología de contraste por vía oral.

La angiografía selectiva se puede realizar en caso de falla de la endoscopia o al ser negativa; en este caso la angiografía es útil y puede ser un procedimiento terapéutico a través de la embolización, para casos de hemorragia no variceal. (Millard SF, 2006; Brito-Lugo, 2007)

Los estudios de imagen como TC, US y RMN, no tienen ninguna utilidad en la hemorragia digestiva alta.

MANEJO INICIAL

- La estabilización inicial del paciente con sangrado de tubo digestivo debe iniciarse de inmediato, con soluciones y oxígeno, por lo cual el manejo en el 1er nivel de atención es difícil y debe ser enviado a una Unidad Hospitalaria.
- Pacientes con hemorragia Aguda Gastrointestinal alta, deben ser admitidos, valorados y manejados en una unidad que cuente con un área específica dedicada a sangrado gastrointestinal, en las cuales hay capacitación específica y experiencia en el manejo.
- La prioridad en el manejo es el soporte circulatorio más que identificar la causa de sangrado, por lo cual la endoscopia se realizará una vez que se estabilice al paciente, de preferencia dentro de las primeras 24hrs.
- Los pacientes chocados, deben recibir en forma temprana reposición de volumen. La transfusión de concentrado globular está indicada después de una pérdida del volumen sanguíneo del 30% ó más.
- Tanto las soluciones cristalinas como las coloidales pueden ser usadas para adquirir una adecuada restauración del volumen previo a la administración de productos sanguíneos.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

- Previo al diagnóstico endoscópico, a los pacientes en que se sospecha hemorragia variceal se les debe administrar terlipresina
- Deben tomarse muestras de biopsia para descartar patología maligna si hay lesión anormal y realizar el test de Ureasa para demostrar la presencia de *Helicobacter pylori* al inicio de la endoscopia, previo al comienzo de terapia con inhibidor de bomba de protones. El espécimen de biopsia debe de ser valorado rápidamente cuando la prueba es negativa.
- La combinación de terapia endoscopia, que comprende una inyección de al menos 13 ml de 1:10,000 de adrenalina en unión a tratamiento térmico o mecánico endoscópico, son recomendados de preferencia a modalidades de tratamiento simple

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Se deben usar altas dosis intravenosas de inhibidor de bomba de protones (v. gr. omeprazol o pantoprazol en bolos de 80mg seguidos por 8mg /hora en infusión durante 72 hrs) en pacientes con úlcera péptica sangrante (sangrado activo o no visible el vaso sangrante) seguido de terapia endoscópica hemostática.

RECOMENDACIONES EN EL USO DE MEDICAMENTOS

- La Aspirina, y los antiinflamatorios no esteroideos deben ser discontinuados en los pacientes con úlcera péptica sangrante. Una vez que la úlcera cure y se confirme la erradicación del *Helicobacter pylori*, la aspirina y los antiinflamatorios solamente podrán ser prescritos con inhibidores de bomba de protones, cuando sea clara la indicación de manejo continuo.
- Los anticoagulantes deben ser usados con precaución en pacientes con riesgo de sangrado gastrointestinal, especialmente en aquellos tomando aspirina o antiinflamatorios no esteroideos (Palmer, 2008)

CRITERIOS DE REFERENCIA

Los criterios para considerar el egreso o la no admisión con seguimiento del paciente en forma externa son:

- Edad < 60 años y,
- Sin evidencia de alteración hemodinámica (presión sistólica $\geq$ 100 mm Hg, pulso < 100 latidos por minuto) y,
- Sin co-morbilidad significativa (especialmente enfermedad hepática, enfermedad cardíaca, neoplasia) y,
- No ser paciente hospitalizado (o referido) y
- Sin evidencia de hematemesis o hematoquesia

En base a Rockall: Un score de 0 identifica 15% de pacientes con sangrado GI agudo cuya presentación tiene un riesgo extremadamente bajo de muerte (0.2%) y recurrencia de hemorragia (0.2%), y que puede ser considerado para un egreso temprano o no admisión hospitalaria. sugiriendo que sólo aquellos con una score de 0 pueden ser egresados con seguridad.

Si el score inicial (pre-endoscopia) es superior a 0, hay una mortalidad significativa

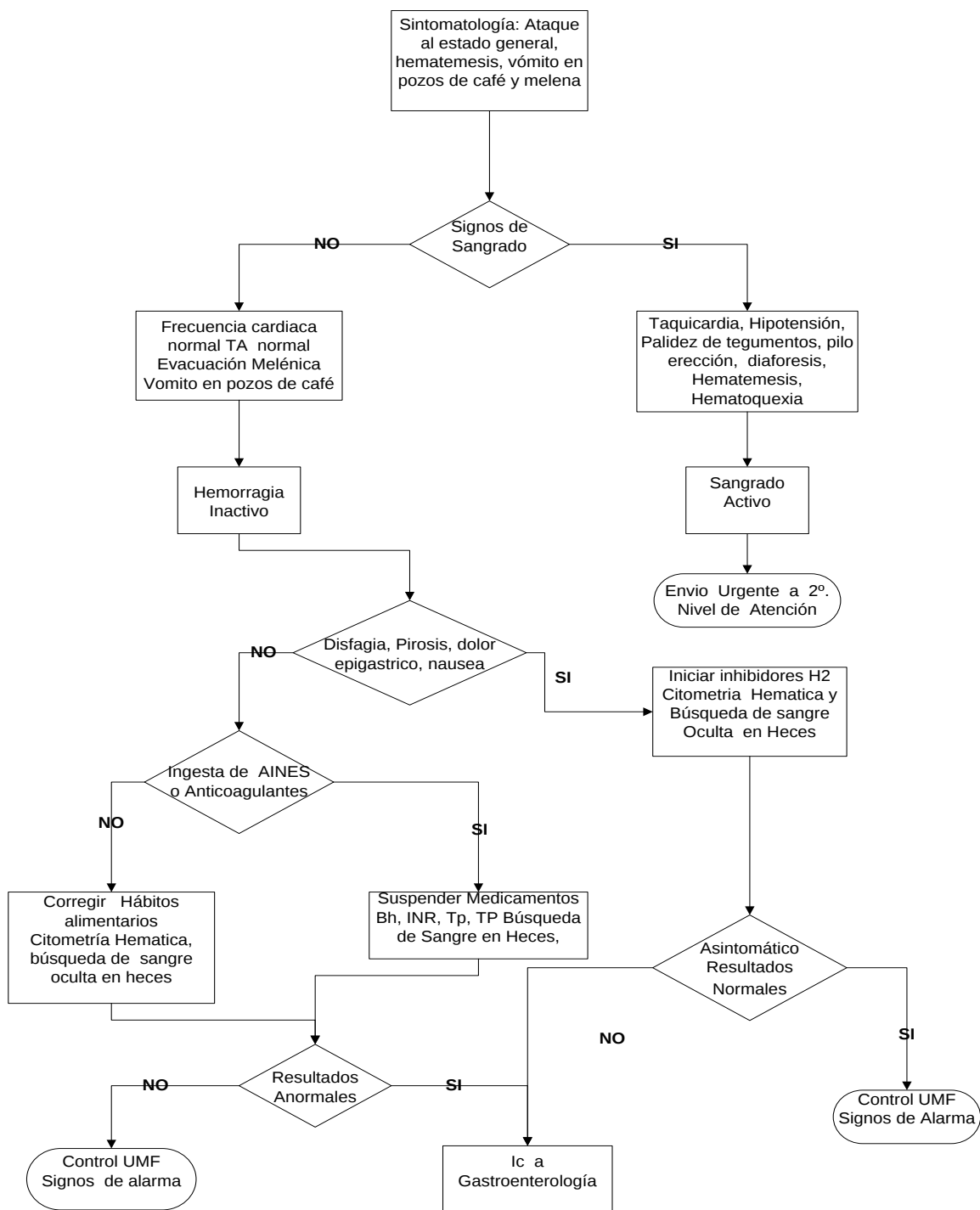
Score 1: mortalidad predicha 2.4%,

Score 2: mortalidad predicha 5.6%),

Todos los pacientes que presenten hemorragia gastrointestinal aguda deben tener una evaluación por el sistema numérico Rockall

EL Score Rockall debe ser tomado en cuenta con otros factores clínicos en la evaluación del paciente para los diferentes niveles de atención y no debe de usarse en forma aislada para la asignación de pacientes a la UCI.

ANEXO I
DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ATENCION DE LA HEMORRAGIA AGUDA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



ANEXO II
DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ATENCION DE LA HEMORRAGIA AGUDA DEL TUBO
DIGESTIVO ALTO
2º. Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN

