



IV Sección: Otros temas del humanismo contemporáneo

La hemorragia digestiva alta no varicosa: un acercamiento bibliográfico

María del Mar Pérez Calvo

Caja Costarricense del Seguro Social

marperezc@gmail.com

Recibido: 28 de abril de 2017

Aceptado: 28 de mayo de 2017

Resumen

Este artículo es un segundo acercamiento bibliográfico de la autora al tema de la patología de la hemorragia digestiva alta no varicosa, una de las más frecuentes emergencias gastrointestinales a la que nos enfrentamos en la práctica médica. El uso de escalas de estratificación de riesgo se recomienda para aplicarlas en todos los pacientes y definir así riesgo de resangrado con parámetros pre endoscópicos y post endoscópicos, además nos orienta a establecer la priorización de una intervención endoscópica, y estimar riesgo de recidiva y mortalidad. Es importante enfatizar que el manejo de estos pacientes debe estar dirigido a una reanimación oportuna, y eficaz, dirigida a la estabilización hemodinámica. Esto requiere de una anamnesis y exploración física adecuadas, analítica elemental y una endoscopia que debería realizarse dentro de las primeras 24 horas con el fin de realizar tratamiento de forma efectiva, asociado a tratamiento farmacológico que conlleve a la recuperación de la patología desencadenante del sangrado.



La Revista Estudios es editada por la [Universidad de Costa Rica](http://www.ucr.ac.cr) y se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Costa Rica](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/cr/). Para más información envíe un mensaje a revistaestudios.eeg@ucr.ac.cr.

Palabras clave:

sangrado digestivo alto no varicial; recidiva; estratificación; riesgo

Non-varicose high digestive hemorrhage: a bibliographical approach

Abstract

This article is a second bibliographic approach of the author to the subject of the pathology of non-varicose high digestive hemorrhage, since this is one of the most frequent gastrointestinal emergencies that we face in medical practice. The use of risk stratification scales is recommended to be applied in all patients and thus define risk of rebleeding with pre-endoscopic and post-endoscopic parameters. It also guides us to prioritize an endoscopic intervention and to estimate the risk of relapse and mortality. It is important to emphasize that the management of these patients should be directed to a timely and effective resuscitation aimed at hemodynamic resuscitation. All this requires a proper anamnesis and examination, elemental analysis and an endoscopy that should be performed within the first 24 hours in order to effectively treat, associated with pharmacological treatment that leads to the cure of the pathology that triggers bleeding.

Key words:

bleeding digestive high non-varicose; residual; stratification; risk.

Este tema ha sido de interés para la autora, debido a los altos índices de recurrencia observados a través de la práctica clínica diaria, como médico, muchas veces como resultado de condiciones multifactoriales propios de la época moderna, que exacerban cada día su aparición. Es de suma importancia, el manejo de conceptos claros y precisos en el tratamiento de estos pacientes para optimizar el éxito de su recuperación y evitar así posibles complicaciones que oscilan desde una descompensación hemodinámica, hasta la muerte.

Siendo para los médicos la vida humana, el norte de la práctica médica, temas como este pueden marcar diferencia en la calidad de vida, y el éxito terapéutico, siempre en beneficio de terceros.



Definición

La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida hemática proximal al ángulo de Treitz o ligamento duodenoyeyunal. “El duodeno sigue un trayecto en forma de C alrededor de la cabeza del páncreas. El duodeno comienza en el píloro, en el lado derecho y termina en la unión duodenoyeyunal” (Moore, Keith L, Dalley, Arthur F., 2002, p.241).

Se manifiesta generalmente en forma de Hematemesis:

“is defined as vomiting of blood, which is indicative of bleeding from the esophagus, stomach or duodenum. Hematemesis includes vomiting of bright red blood, which suggests recent or ongoing bleeding, and dark material (coffee-ground emesis), which suggests bleeding that stopped some time ago” (Sleisenger and Fordtran’s, 2016,p.297).

O Melena, que los mismos autores definen como “black tarry stool and results from degradation of blood to hematin or other hemochromes by intestinal bacteria” (p.297), es importante recalcar que la Melena puede originarse desde un sangrado que provenga del tracto gastrointestinal superior “small bowel or proximal colonic source and generally occurs when 50 to 100 mL or more of blood is delivered into the gastrointestinal tract (usually the upper tract), with passage of characteristic stool occurring several hours after the bleeding event” (297).

Como se plantea, el sangrado digestivo alto no varicial, constituye una urgencia potencialmente grave y sigue siendo una de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva. “The annual rate of hospitalization for any type of GI hemorrhage United States is estimated to be 350 hospital admissions /100,000 population, with more than 1,000,000 hospitalizations annually”. (Sleisenger and Fordtran’s, 2016, p.297).



Epidemiología

Como se sabe desde Javier Alcedo, 2012, “la mortalidad es de aproximadamente del 10%”, dato que (Sleisenger and Fordtran’s, 2016, p.297) corroboran al sostener que es del 5% al 10% para sangrado gastrointestinal alto severo, lo cual es preocupante porque como los mismo autores sustentan estas cifras se mantienen desde los años 70.

Entre los factores que predisponen a dicha patología, se encuentra sexo masculino, y pacientes adultos mayores, úlcera péptica, varices esofágicas, o gástricas, el uso de medicamentos, en particular antiinflamatorios no esteroideos y aspirina, así como la prevalencia de *Helicobacter pylori* (Morris, John, 2015, p.161).

La causa más frecuente es la úlcera péptica gastroduodenal, que (Sleisenger and Fordtran’s, 2016 han definido como: “5 mm or larger break in the lining of the mucosa, with appreciable depth ad endoscopy or with histologic evidence of submucosa extension” (p.884).

(Excluyendo la patología por hipertensión portal), para Fortinsky, Kyle. Bardou, Marc. Barkun, Alan N., 2015 “la etiología de la mayor parte de los casos restantes se distribuye entre erosiones de la mucosa y esofagitis, malformaciones vasculares, laceración de Mallory-Weiss y tumores” (473).

Estratificación de riesgo

Tanto antes como después de la endoscopia se debe realizar una valoración pronóstica.

Los pacientes deben ser evaluados por el riesgo de resangrado, necesidad de realización endoscópica temprana o muerte. Se recomienda el uso de dos escalas pronósticas la de Rockall y Glasgow Blatchford, las mismas se detallan a continuación:





CUADRO1 ⁹ ESCALA DE ROCKALL	
PARÁMETOS	PUNTOS
A. Edad (años):	
> 80	2
60-79	1
< 60	0
B. Shock:	
PAS < 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	2
PAS ≥ 100 mmHg, pulso > 100 lat/min	1
PAS ≥ 100 mmHg, pulso < 100 lat/min	0
C. Comorbilidad:	
Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, malignidad diseminada	3
Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica o cualquier otra comorbilidad mayor	2
Ausencia de comorbilidad mayor	0
D. Diagnóstico endoscópico:	
Cáncer gastrointestinal alto	2
Resto de diagnósticos	1
Ausencia de lesión, ausencia de EESR, Síndrome de Mallory-Weiss	0
E. EESR	
Sangre en el tracto gastrointestinal alto, coagulo adherido, vaso visible o sangrado activo	2
Base negra o EESR ausentes	0

PAS: presión arterial sistólica; EESR: estigmas endoscópico de sangrado reciente. Puntuación total: A + B + C + D + E. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 11. Categorías de riesgos: alto (≥ 5) intermedio (3-4), y bajo (0-2).

Tomado de Morris, John, 2015 (p.166)



La Revista Estudios es editada por la [Universidad de Costa Rica](http://www.universidadcostarica.ac.cr) y se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Costa Rica](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/cr/). Para más información envíe un mensaje a revistaestudios.eeg@ucr.ac.cr.



CUADRO 2 ESCALA DE BLATCHFORD	
PARÁMETROS	PUNTOS
A. Urea (mmol/l)	
≥ 25	6
10-25	4
8-10	3
6,5-8	2
< 6,5	0
B. Hemoglobina (mg/l)	
< 10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥ 12 en varones y mujeres	0
C. Presión arterial sistólica (mmHg)	
< 90	3
90-99	2
100-109	1
≥ 110	0
D. Otros parametros:	
Insuficiencia cardiaca	2
Insuficiencia hepatica	2
Presentación con sincope	2
Presentación con melenas	1
Pulso ≥ 100 lat/min	1

Puntuación total: A + B + C + D. Puntuación mínima: 0. Puntuación máxima: 23

Conversión de las cifras de urea: 1 mg/dl equivale a 0,357 mmol/l.

Ante una puntuación = 0 el paciente puede ser dado de alta para estudio ambulatorio (probabilidad de recidiva clínica de 0,5%). **Tomado de Rotondano Gianluca 2014, (p.643)**



La Revista Estudios es editada por la [Universidad de Costa Rica](http://www.universidadcostarica.ac.cr) y se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Costa Rica](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/cr/). Para más información envíe un mensaje a revistaestudios.eeg@ucr.ac.cr.

7 CUADRO 3 EVALUACIÓN POR ETAPAS DEL SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICOSO.

1. Evaluar pacientes y garantizar la vía respiratoria adecuada, comprobar la respiración, y obtener los signos vitales.
2. Realizar el examen físico centrado incluyendo el examen rectal digital a menos evidentes las heces.
3. Infusión rápida en bolos de fluidos, con base en el estado hemodinámico
4. Establecer 2 accesos venoso de grueso calibre.
5. Laboratorios (conteo sanguíneo completo, enzimas hepáticas, estudios de coagulación, creatinina y nitrógeno de urea en sangre)
6. Parámetros de transfusión
 - a. Nivel de hemoglobina <7 g / dl (70 g / L). Los recuentos de plaquetas para la trombocitopenia (recuento de plaquetas <50.000 / ml). El plasma fresco congelado para coagulopatía; (Sin embargo, no debe retrasar la endoscopia).
7. Gastroenterología: consulta para la evaluación endoscópica
8. Tratamiento con Inhibidor de la bomba de protones.

Tomado de: Morris, John. 2015, (p.161).

Tratamiento

El abordaje inicial de estos pacientes, está dirigido a una reanimación temprana, esto incluye vía aérea, respiración y estado hemodinámico del paciente, al respecto Syed Irfan-Ur; Rahman. Saeian, Kia, 2016 afirman, “the primary goal is hemodynamic stability with fluid resuscitation and blood or blood product transfusions if guaranteed” (p.223).



La Revista Estudios es editada por la [Universidad de Costa Rica](http://www.universidadcostarica.ac.cr/) y se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Costa Rica](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/cr/). Para más información envíe un mensaje a revistaestudios.eeg@ucr.ac.cr.

La estabilización hemodinámica es la meta inicial y principal de cualquier paciente que se presente con hemorragia digestiva alta (De la Mora Levy, Guillermo, 2015, p. 28).

El uso de lavado gástrico ha sido tema de controversia, sin embargo, Laine, Loren y Jensen, Dennis 2012, afirman que actualmente “naso gástric or orogastric lavage is not required in patients with UGIB for diagnosis, prognosis, visualización or therapeutic effect” (p.348).

Tratamiento endoscópico

El tiempo de realización de la endoscopia dependerá de la condición clínica del paciente, así como la disponibilidad del recurso. Los hallazgos endoscópicos de sangrado duodenal y úlceras gástricas pueden ser clasificados por el sistema Forrest, ver (cuadro 4).

Rotondano, Gianluca, 2014, nos dice que existen durante la endoscopia diferentes técnicas entre las cuales se encuentran: “Inyección local de epinefrina, agentes esclerosantes, cauterización, coagulación con argón plasma y colocación de bandas o clips para ligaduras” (p.663).



CUADRO 4 CLASIFICACIÓN DE FORREST. ESTIGMAS ENDOSCÓPICOS DE SANGRADO RECIENTE (EESR) Y PROBABILIDAD ASOCIADA DE RECIDIVA HEMORRÁGICA

EESR	RECIDIVA,	%
Ia-Ib	Sangrado “a chorro” o “babeante”	67-95
Ila	Vaso visible no sangrante	22-55
Ilb	Coágulo rojizo	15-30
Ilc	Manchas o coágulos negros planos	4-7
III	Fondo de fibrina (ausencia de estigmas)	0

Información para la elaboración del cuadro tomada de Rotondano Gianluca 2014, (p.663), y Meltzer, Andrew; Klein, Josua. (2014), (p.675).

Terapia farmacológica

a) Inhibidor de la bomba de protones:

Su administración en infusión continua endovenosa después de la terapia endoscópica en pacientes con alto riesgo de úlceras reduce el resangrado y la mortalidad.

La práctica estandarizada es administrar un bolo inicial intravenoso, seguida de infusión continúa por 72 horas. Los inhibidores de bomba no deben ser administrados antes de la endoscopia puesto que pueden reducir los estigmas de una hemorragia reciente, y la necesidad de terapia endoscópica, esto según Meltzer, Andrew. Klein, Josua. Upper, 2014.



En pacientes sin estigmas endoscópicos de riesgo puede iniciarse inmediatamente la dieta.

Debe administrarse un inhibidor de la bomba de protones a dosis estándar por vía oral durante el tiempo necesario para la cicatrización de la úlcera (4 semanas para una úlcera duodenal y 8 para la gástrica) y debe también plantearse el alta hospitalaria precoz.

La dieta no aumenta el riesgo de recidiva hemorrágica y puede iniciarse inmediatamente después del tratamiento endoscópico también en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, si existe un riesgo muy alto de recidiva (repetición) es prudente mantener al paciente en dieta absoluta líquida durante las primeras 24-48 horas por si fuera necesario repetir la endoscopia urgente o valorar la necesidad de intervención quirúrgica.

b) Erradicación de *Helicobacter pylori*

Si se evidencia la infección con *H. pylori*, debe tratarse a los pacientes con:

Inhibidores de la bomba de protones y un régimen terapéutico antibiótico, conocido para su erradicación, así por ejemplo se puede utilizar la combinación: omeprazol 20 mg cada 12 horas, más claritromicina 500 mg cada 12 horas y amoxicilina 1 gramo cada 12 horas, vía oral por 10,14 días, en caso de sensibilidad contra penicilinas o intolerancia a los macrólidos, se puede utilizar metronidazol 500 mg cada 12 horas, todo esto solamente bajo seguimiento y evaluación médica (Sleisenger and Fordtran's, 2016, p. 864).

Existen además otras asociaciones farmacológicas que en caso de resistencia medicamentosa por el patógeno o sensibilidad e intolerancia por parte del paciente pueden ser utilizadas.

Tratamiento quirúrgico



Sabemos desde Javier Alcedo 2012 que en la actualidad la cirugía se indica cuando la terapéutica endoscópica y farmacológica fallan o no es accesible el punto de sangrado. El primer objetivo es detener el sangrado y el segundo evitar la recurrencia tanto de la hemorragia como de la causa. Es importante recordar que la cirugía de urgencia tiene una mayor tasa de mortalidad que los procedimientos electivos y que va a depender tanto de la experiencia del cirujano como de la localización de la úlcera y del estado general del paciente.

Conclusión

Las hemorragias del tracto gastrointestinal inferior no varicial, son una emergencia médica.

Las puntuaciones *Blatchford* y *Rockall* pueden servir como modelo de estratificación del riesgo. La hemorragia digestiva alta no varicosa, requiere pronta evaluación de la condición respiratoria y hemodinámica, con la reanimación inmediata de líquidos y trasfusión de hemoderivados, según sea necesario, y la endoscopia oportuna. Los inhibidores de la bomba de protones son la base del tratamiento farmacológico. La endoscopia es el método diagnóstico y terapéutico estándar.

Referencias

Alcedo, Javier. (2012). "Hemorragia Digestiva Alta: Diagnóstico". En: *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología*, (Sec III), (Cap. 8). España. Hospital San Jorge.

De la Mora Levy, Guillermo. (2010). "Manejo de la hemorragia del Tubo Digestivo Alto". En: *Revista de Gastroenterología de México*, (V80), (N.4), [en línea].

Fortinsky, Kyle; Bardou, Marc; Barkun, Alan N. (2015). "Role of Medical Therapy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding". *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. En: *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics* [en línea].

Laine, Loren, Jesen Dennis. (2012). "Management of Patients With Ulcer Bleeding". *The American Journal of gastroenterology*, (v.107). American College of Gastroenterology, USA,



[en línea].

Meltzer, Andrew; Klein, Josua. (2014). Upper Gastrointestinal Bleeding, Patient Presentation, Risk Stratificación, and Early Management". En: *Gastroenterol Clin N Am, Elsevier*, (v43). USA [en línea].

Moore, Keith L, Dalley, Arthur F. (2002): Anatomía con orientación clínica (4ed), España: Editorial Médica Panamerica.

Morris, John. (March 2015). "Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage". Gastrointestinal Emergencies. En *Medicine Journal*. [en línea].

Rotondano, Gianluca. " Epidemiology and Diagnosis of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding". *Gastroenterol Clin N Am. Elsevier*. Italy. Pp 643–663. 2014

Sleisenger and Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, (10ªed), (vol I). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, SA.

_____ *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*, (10ªed), (vol II). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, SA.

Syed Irfan-Ur Rahman; Saeian, Kia. (2016) "Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding" *Critical Care Clinics* (v.32). Wisconsin USA. [en línea].

