

GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio



	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 2 de 20

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN:.....	3
2. OBJETIVO:.....	4
3. ALCANCE.....	4
4. POBLACIÓN OBJETO.....	4
5. CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA	4
6. DEFINICIONES	5
7. DIAGNOSTICO:.....	5
Valoración del Estado Circulatorio y Respiratorio.....	6
8. MANEJO:.....	6
9. TRATAMIENTO ESPECÍFICO:.....	10
<i>Tratamiento farmacológico de la úlcera péptica.</i>	11
Endoscopia	12
Tratamiento endoscópico:	12
Terapia de Inyección.....	13
Métodos Térmicos	14
10. Tratamiento de las Recidivas	16
11. Otras lesiones	17
12. BIBLIOGRAFIA:	19

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 3 de 20

1. INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como la pérdida hemática proximal al ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis o melenas, aunque ocasionalmente puede presentarse en forma de rectorragia. Constituye una urgencia potencialmente grave y sigue siendo una de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva, con una mortalidad asociada entre el 3% y el 14%.


Aunque podría esperarse un descenso en su incidencia con relación al tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, la HDA sigue teniendo una incidencia y mortalidad importantes probablemente debido al envejecimiento de la población asociado a un mayor consumo de AINE, antiagregantes y anticoagulantes. Según datos de 2005, la incidencia de HDA en España fue de 47 casos por 10.000 habitantes y año con una mortalidad del 5,5%. Su coste es elevado (coste medio por episodio 2.000-3.000 euros).

La mayoría de las HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). En nuestro medio, más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de AINE y/o a la presencia de *H. pylori*. Otras causas de HDA menos frecuentes son las erosiones gástricas o duodenales, el síndrome de Mallory-Weiss, la esofagitis péptica, las lesiones tumorales benignas y malignas y las lesiones vasculares (lesión de Dieulafoy, angiodisplasia, fístula aortoentérica, etc.). Finalmente hay que señalar que en un 5-8% de las ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia, a pesar de las exploraciones pertinentes. En este Capítulo nos centraremos en la HDA de origen no varicoso, especialmente la causada por úlcera péptica.

Tabla 1. Frecuencia de causas de HDA

Causa de hemorragia	%
Úlcera péptica	44
Esofagitis	28
Gastritis erosiva	26
Duodenitis erosiva	15
Varices	13
Gastropatía de la hipertensión portal	7
Malignidad	5
Mallory Weiss	5
Malformación vascular	3

La endoscopia identifica la causa del sangrado entre el 90 y 94% de las veces (Alonso P, 2008). Las causas más frecuentes aparecen en la Tabla 1. Mucho menos frecuentes son las hemorragias

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 4 de 20

debidas a enfermedades sistémicas como periarteritis nodosa, púrpura de Shönlein-Henoch y otras vasculitis, seudoxantoma elástico, Síndrome de Ehler Danlos, sarcoma de Kaposi y CMV.

2. OBJETIVO:

Con la adopción de la Guía de Hemorragia del Tracto Digestivo Superior, se pretende dar las pautas para un enfoque y manejo adecuado de las pacientes que consulten a la clínica Antioquia por urgencias, garantizando la toma de decisiones basados en la mejor evidencia científica disponible.

3. ALCANCE

La guía aplica desde el momento que el paciente consulta con síntomas sugestivos de hemorragia digestiva superior y concluye con el manejo ambulatorio luego de la aplicación del enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado.

4. POBLACIÓN OBJETO

Esta guía aplica para pacientes adultos que consulten por el servicio de urgencias de la Clínica Antioquia. No se incluye dentro de la revisión, paciente embarazadas, pediátricos ni el enfoque del paciente con hemorragia del tracto digestivo de origen variceal.

5. CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA


Para la construcción de la evidencia de esta guía, se utilizó la escala de GRADE.

Tabla 1: Niveles de calidad de la evidencia de acuerdo al sistema GRADE

Nivel de evidencia	Significado
Alto	Estamos relativamente seguros de que el efecto real de la intervención se encuentra cerca de nuestra estimación
Moderado	El efecto real de la intervención probablemente se encuentra cerca de nuestra estimación, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente
Bajo	El efecto real de la intervención puede ser sustancialmente diferente de nuestra estimación
Muy bajo	Es probable que el efecto real de la intervención sea sustancialmente diferente de nuestra estimación

Tabla 2: Recomendaciones fuertes y débiles del sistema GRADE

Recomendaciones fuertes	La alternativa recomendada puede ser seguida con todos o casi todos los pacientes. Una conversación detallada con el paciente o una revisión cuidadosa de la evidencia que fundamenta la recomendación pudiera no ser necesaria.
Recomendaciones débiles	Si bien la alternativa recomendada es apropiada para la mayoría de los pacientes, la decisión debiera ser individualizada, idealmente mediante un enfoque de decisiones compartidas

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 5 de 20

6. DEFINICIONES

Algunos términos que se deben tener en cuenta dentro de este contexto son los siguientes:

- **Hemorragia gastrointestinal masiva:** es aquella que ocurre en forma súbita, con pérdida mayor de más de un litro de sangre o en suficiente cantidad para producir hipovolemia.
- **Hipovolemia:** significa un déficit del volumen circulatorio que se manifiesta por taquicardia, hipotensión (<100 mm Hg), presión venosa central baja y cambios posturales en la presión arterial y el pulso.
- **Hemorragia gastrointestinal baja:** es aquella que se origina en un lugar distal al ligamento de Treitz, cuyo manejo se describe en otra guía de esta serie.
- **Hematemesis:** vómito de sangre roja, viva.
- **Melanemesis:** vómito de sangre negra, alterada, con aspecto de “cuncho de café”.
- **Melena:** excreción de sangre negra por el recto.
- **Hematoquezia:** excreción de sangre roja, viva, por el recto.
- **Síndrome de Mallory Weiss:** sangrado intraluminal que resulta de una laceración longitudinal de la mucosa y la submucosa del estómago y de la unión gastroesofágica, y rara vez del esófago distal, usualmente por distensión forzada por vómito o náusea.


El color de la sangre excretada por vía rectal no es una clave definitiva para la identificación del lugar de origen de la hemorragia: el efecto catártico de una hemorragia masiva por una úlcera duodenal puede producir aceleración del tránsito intestinal y presentar hematoquezia con salida de coágulos frescos por el recto, siendo su origen el tracto digestivo superior.

7. DIAGNOSTICO:

La historia y el examen físico del paciente proporcionan información crucial para la evaluación inicial de las personas que presentan una hemorragia del tracto gastrointestinal. La información importante que debe obtenerse incluye posibles condiciones comórbidas, historial de medicamentos y posibles exposiciones tóxicas, así como la gravedad, el momento, la duración y el volumen del sangrado.

La anamnesis es de especial valor en la determinación de la causa, y debe incluir preguntas sobre episodios anteriores de hemorragia digestiva, diagnóstico previo de úlcera péptica, de várices, pólipos o enfermedad hepática; también sobre el uso de medicamentos como aspirina, terapia anticoagulante y abuso de alcohol (50 gr/día). La aspirina y, especialmente los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), agentes notoriamente ulcerogénicos, son frecuentemente prescritos en personas de edad avanzada que padecen artritis y enfermedades degenerativas.

El examen físico debe buscar estigmas de enfermedad hepática crónica (ictericia, telangiectasias, ascitis, esplenomegalia). El tacto rectal (si hay dudas) y el aspirado del estómago al pasar una sonda nasogástrica pueden ser altamente sugestivos del origen de la hemorragia.

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 6 de 20

Los exámenes de laboratorio deben incluir hemograma, hemoclasificación, perfil hepático, pruebas de coagulación, creatinina sérica, proteinemia y albuminemia. El seguimiento se hace mediante control del hematocrito, teniendo en mente que las primeras cifras pueden subestimar la severidad de la pérdida sanguínea por el fenómeno de hemoconcentración. El electrocardiograma es indispensable en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

La endoscopia alta es la exploración de elección para determinar la etiología e intensidad de la hemorragia. Su objetivo es diagnóstico (identificar la lesión), pronóstico (estima el riesgo de recidiva) y terapéutico. Debe practicarse en todo paciente con HDA confirmada procurando realizarla precozmente después de la estabilización hemodinámica. El informe endoscópico deberá describir: tipo, tamaño y localización de la lesión, estigmas de hemorragia reciente, y presencia o ausencia de sangre fresca o digerida en el tracto digestivo explorado.

La arteriografía es una técnica cuya indicación está limitada a aquellos pacientes con HDA que presentan una hemorragia persistente cuyo origen no haya sido localizado por endoscopia y en los que por su gravedad, resulta necesario llegar a un diagnóstico de la lesión; además de su valor diagnóstico puede tener una utilidad terapéutica. Un ejemplo de indicación clara de esta técnica es la hemobilia, que puede aparecer entre otras causas como complicación de una biopsia hepática.

Otros métodos diagnósticos que se utilizan con menos frecuencia son la gamma-grafía con Tecnecio 99, la enteroscopia, la cápsula endoscópica y la endoscopia perioperatoria.

Valoración del Estado Circulatorio y Respiratorio


Cambios ortostáticos: el descenso de 10 mm Hg en la presión arterial sistólica o el incremento en 10 latidos por minuto en la frecuencia cardíaca indican una pérdida de 1.000 a 1.500 ml de sangre (20 y 30% del volumen sanguíneo). Si hay hipotensión o taquicardia en reposo y en decúbito (FC >PA sistólica), no conviene ejecutar maniobras ortostáticas. En este caso se puede asumir una pérdida de 1.500 a 2.000 ml de sangre (30% y 40% del volumen sanguíneo).

Se deben registrar signos de vasoconstricción periférica como palidez y sudoración, asegurar un adecuado volumen urinario horario (1 ml/kg/ min.), vigilar el estado mental. La vía respiratoria debe permanecer permeable, para lo cual es conveniente aspirar secreciones y sangre.

8. MANEJO:

Una valoración de urgencia debe incluir:

- La confirmación de la HDA (hematemesis, melenas): el valor de la colocación de la sonda nasogástrica es controvertido, no tiene capacidad de predecir la necesidad de tratamiento endoscópico, no tiene impacto en los resultados, no cambia actitudes clínicas y por último puede asociarse a complicaciones, por lo que se debe utilizar de manera muy restringida. El aspirado de sangre indica un alto riesgo de lesión (sensibilidad 48%, especificidad 76%) pero no hay evidencia que esta actitud modifique el pronóstico. Existen otros datos que también

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 7 de 20

indican hemorragia importante como la hemoglobina <8 mg/dl y el shock, datos que fáciles de obtener y con capacidad similar de predicción.

- Evaluación hemodinámica, mediante la determinación de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca.
- Anamnesis y exploración física: forma de presentación, características y horas de evolución de la hemorragia, antecedentes patológicos, en particular antecedentes de dispepsia o hepatopatía asociada, consumo de fármacos (AAS, AINES, Anticoagulantes).


Según los datos obtenidos de esta primera valoración inicial clasificamos a los pacientes en 2 grupos de riesgo.

Bajo riesgo:	Alto riesgo:
Alta y seguimiento ambulatorio	Ingreso y endoscopia temprana
<ul style="list-style-type: none"> • Edad <60 años. • Sin evidencia de inestabilidad hemodinámica (TAS >100 mm Hg, pulso <100 lpm). • Sin comorbilidad asociada (especialmente enfermedad hepática, cardiaca, malignidad) • No ocurra en pacientes hospitalizados. • No se objetive hematemesis o hematoquezia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad >60 años (todos los pacientes >70 años deberían ser ingresados). • Evidencia de hematemesis o hematoquezia (sospecha de hemorragia activa). • Inestabilidad hemodinámica. (TAS <100mmHg, pulso >100 lpm). • Enfermedad hepática o demostración de varices.

La restauración de la volemia es el objetivo inmediato en toda hemorragia, prioritario a la recuperación de la anemia, para lo que deben insertarse dos catéteres venosos de calibre grueso (14 ó 16). Seguidamente se infunden líquidos isotónicos o hemoderivados tan rápido como el sistema cardiopulmonar del paciente lo permita. Hay que tener en cuenta que, en el caso de sangrado agudo por varices esofágicas, si realizamos la expansión de volumen con cristaloides puede aumentar la cantidad de la pérdida hemática al disminuir la viscosidad sanguínea.

La administración de oxígeno suplementario puede ser beneficiosa en pacientes con oxigenación insuficiente, especialmente en paciente de edad avanzada o con alteraciones cardiorespiratorias.

Es esencial la monitorización frecuente de los signos vitales, el volumen urinario (diuresis horaria) y el ECG. Debe valorarse el ingreso en UCI de los pacientes con hemorragia grave o masiva. La transfusión se encuentra indicada en pacientes que siguen sangrando a pesar del tratamiento, en presencia de shock. En pacientes estables sin patología cardiovascular ni hemorragia activa, con hemoglobina ≤ 7 g/dl se recomienda una transfusión restrictiva para mantener la hemoglobina entre 7

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 8 de 20

y 9 g/dl. (GR: fuerte, CE: moderada). Sin embargo, en pacientes jóvenes, sin patología de base, hemodinámicamente estables y sin evidencia de sangrado activo, puede mantener conducta expectante con cifras de hemoglobina inferiores a 7 g/dl, si la anemia se tolera bien. En pacientes con patología cardiovascular y/o hemorragia activa se recomienda transfusión para mantener la hemoglobina al menos entre 9 y 10 g/dl (GR: fuerte, CE: baja).

Se recomienda el uso de clasificaciones validadas para estratificar a los pacientes en grupos de alto y bajo riesgo. La estratificación del riesgo puede ayudar en decisiones como el momento de la endoscopia y el alta hospitalaria (GR: fuerte, CE: moderada). En este sentido, se recomienda el uso de la puntuación de Glasgow-Blatchford para la estratificación del riesgo preendoscópico (tabla 3). Los pacientes con riesgo muy bajo (puntuación 0: presión arterial sistólica ≥ 110 mmHg, frecuencia cardiaca < 100 lpm, Hb 13 g/dl en hombres o 12 g/dl para mujeres, BUN $< 6,5$ mmol/l y ausencia de melenas, sin síncope, enfermedad hepática o falla cardiaca), no requieren endoscopia urgente ni hospitalización (GR: fuerte, CE: moderada).

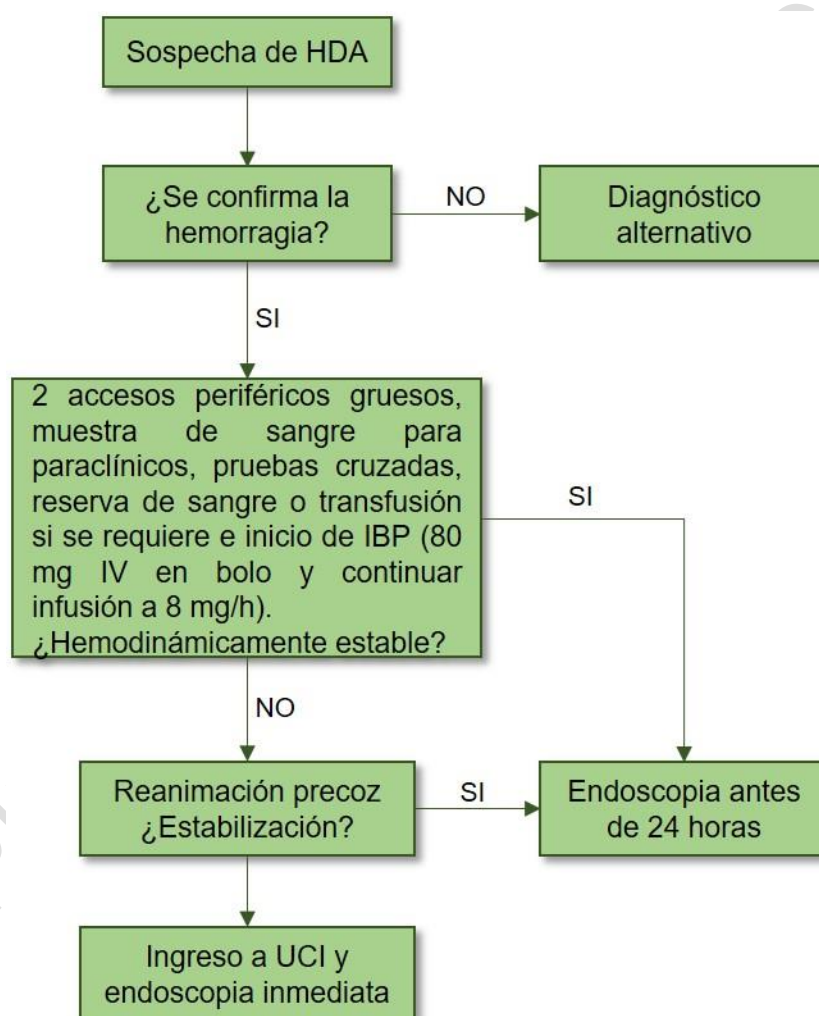
Tabla 3: Escala de Glasgow-Blatchford		
Variable	Valor	Puntuación
Urea sérica mmol/l	< 6.5	0
	6.5-7.9	2
	8-9.9	3
	10-24.9	4
	≥ 25	5
Hemoglobina g/dl (Hombres)	≥ 13	0
	$\geq 12 < 13$	1
	$\geq 10 < 12$	3
	< 10	6
Hemoglobina g/dl (Mejeres)	≥ 12	0
	$\geq 10 < 12$	1
	< 10	6
Presión Sistólica (mmHg)	> 110	0
	100-109	1
	90-99	2
	< 90	3
Otros Marcadores	Frecuencia Cardiaca ≥ 100	1
	Melenas	1
	Síncope	2
	Enfermedad Hepática	2
	Insuficiencia Cardiaca	2
El punto de corte para pacientes de bajo riesgo se ha situado entre 0 y 3 puntos, en función del estudio.		


En resumen, hay que tener presentes estos principios básicos y guiarse por los siguientes pasos:

- Reanimación y estabilización hemodinámica rápida.

- Determinación del comienzo y magnitud de la hemorragia.
- Localización del sitio de la hemorragia.
- Determinación de la causa más probable.
- Preparación para la endoscopia digestiva alta.
- Endoscopia diagnóstica y terapéutica.
- Radiología diagnóstica y terapéutica.
- Tratamiento del resangrado.

Figura 1: Diagnóstico y Manejo inicial de la Hemorragia Digestiva Superior



	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 10 de 20


9. TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

Úlcera péptica. Es la causa de HDA en alrededor de la mitad de los pacientes. La mayoría de las úlceras dejan de sangrar de forma espontánea y los pacientes se recuperan sin que se requiera intervención terapéutica específica (75%-80%) pudiendo ser dados de alta a las 24-48 horas del ingreso hospitalario. Un pequeño subgrupo de pacientes (6-7%) tiene un pronóstico menos favorable.

- **Factores de riesgo asociados a peor pronóstico**
 - Edad: La mortalidad se incrementa con la edad.
 - Comorbilidad: la ausencia de comorbilidad significativa se asoció con una mortalidad más baja.
 - Enfermedad hepática. La presencia de cirrosis se asoció con un incremento del doble en la tasa de morbilidad y un riesgo mucho más elevado de precisar hemostasia endoscópica o transfusión.
 - Ingreso hospitalario: la hemorragia digestiva en pacientes hospitalizados presenta una mortalidad más elevada cuando se compara con pacientes en los que la HDA es la causa del ingreso. Esto es debido a la presencia de comorbilidad asociada (Klebl FH, 2005).
 - Inestabilidad hemodinámica: hipotensión y taquicardia se asocia a un aumento de la mortalidad.
 - Hemorragia persistente después del ingreso se asocia con alto riesgo de intervención quirúrgica y mortalidad (Blatchford O, 1997).
 - Hematemesis y hematoquecia: su presencia aumenta la mortalidad.
 - El aumento de la urea en sangre se asoció con aumento de la necesidad de intervención quirúrgica.
- **Datos pronósticos endoscópicos:** Se utiliza habitualmente la clasificación de Forrest que relaciona el aspecto de la lesión (desde fondo limpio hasta sangrado a chorro) con la posibilidad de resangrado, cirugía y mortalidad (Forrest JA, 1974).

Tabla 3. Datos pronósticos endoscópicos (Clasificación de Forrest).

Forres	Resangrado	Cirugía	Mortalidad
Ia (Sangrado a chorro)	>50	35%	11%
Ib (Sangrado babeante)			
Ila (vaso)	>40	34%	11%
IIb (coágulo adherido)	20%	10%	7%
IIc (mancha)	10%	6%	3%

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 11 de 20

III (Lesiones sin signos de hemorragia reciente)	5%	0,5%	2%
---	----	------	----

Tratamiento farmacológico de la úlcera péptica.


Se recomienda el empleo de inhibidores de la bomba de protones por vía endovenosa con bomba de perfusión continua a dosis de 8 mg/hora, durante 72 horas precedido de un bolo de 80 mg, siempre disuelto en suero fisiológico porque en soluciones con dextrosa, se precipita (Lau JY, 2007). La solución debe cambiarse cada 12 horas debido a la baja estabilidad de la molécula en solución.

El uso sistemático de altas dosis de Omeprazol favorece el proceso de cicatrización de la úlcera, además tiene pocos efectos adversos y su costo es relativamente moderado en el contexto de un paciente con sangrado agudo activo (GR: Fuerte, CE: moderada).

Los procinéticos (metoclopramida/eritromicina vía endovenosa) no se deben utilizar de manera sistemática antes de la endoscopia. La eritromicina intravenosa (dosis única de 250 mg administrada 30-120 min antes de la endoscopia), podría ser útil en pacientes seleccionados (con sospecha de presencia de sangre y/o coágulos en el estómago) para mejorar el rendimiento diagnóstico de la endoscopia urgente. La eritromicina mejora significativamente la visibilidad durante la endoscopia, reduce la necesidad de una segunda exploración, disminuye el número de unidades de sangre transfundida, y reduce la duración de la estancia hospitalaria (GR: fuerte, CE: alta). Otra indicación es administrarla antes de repetir la endoscopia en pacientes en los que la sangre en el estómago impidió la adecuada visualización de la mucosa gástrica (GR: fuerte, CE: alta).

El ácido tranexámico no se encuentra recomendado para el manejo de los pacientes con hemorragia digestiva superior (GR: Fuerte, CE: baja). En un meta-análisis de Cochrane evaluó el uso de ácido tranexámico en 1654 pacientes con hemorragia digestiva alta y mostró un efecto beneficioso del ácido tranexámico sobre la mortalidad en comparación con el placebo (riesgo relativo [RR] 0,61; IC del 95%: 0,42-0,89), pero no en otros resultados de los pacientes, incluidos sangrado, necesidad de cirugía o requerimientos transfusionales. Sin embargo, el efecto benéfico sobre la mortalidad no persistió en el análisis de subgrupos. Los estudios incluidos en este metanálisis tienen limitaciones importantes que afectan su generalización, incluida su calidad metodológica y el hecho de que la mayoría se realizaron antes del uso generalizado de la endoscopia terapéutica y los IBP. Hasta la fecha, no se ha informado de ningún ensayo controlado que evalúe el papel de los agentes antifibrinolíticos alternativos (por ejemplo, ácido aminocaproico, aprotinina) en pacientes con hemorragia digestivas alta aguda.

Tampoco se recomienda el uso de la somatostatina y su análogo el octreotide en pacientes con hemorragia digestiva alta (GR: fuerte, CE: Baja). La somatostatina y su análogo octreótido, inhiben la secreción tanto de ácido como de pepsina, al tiempo que reducen el flujo sanguíneo de la mucosa gastroduodenal. Sin embargo, no se recomiendan de forma rutinaria en hemorragia digestiva alta (p.

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 12 de 20

Ej., Hemorragia por úlcera péptica), ya sea previo a la endoscopia o como terapia adyuvante después de esta, ya que los datos publicados muestran poco o ningún beneficio atribuible a estos agentes farmacológicos.

En pacientes con úlcera péptica sangrante se debe suspender el tratamiento con AINES, aspirina o anticoagulantes. Una vez se confirma la cicatrización de la úlcera mediante endoscopia y la erradicación del *H. pylori*, estos fármacos solo se deben prescribir nuevamente si su indicación es clara (García Rodríguez, 2001); y requieren el empleo concomitante de IBP.

La anticoagulación oral y los corticoides deberían utilizarse con precaución en pacientes con alto riesgo de sangrado gastrointestinal, especialmente en aquellos que están tomando aspirina y AINES, siendo obligada la gastroprotección en esos casos.

Endoscopia

En condiciones ideales, se debe de disponer de un equipo de endoscopia urgente, de un endoscopista capacitado en las diferentes técnicas de hemostasia y una enfermera entrenada para la realización de las endoscopias urgentes (GR: Fuerte, CE: Baja).


Se recomienda la realización de una endoscopia precoz (dentro de las primeras 24 h del ingreso) porque permite la estratificación del riesgo de recidiva y el alta precoz de los pacientes de bajo riesgo. Además permite la realización temprana del tratamiento endoscópico en los pacientes de alto riesgo (GR: fuerte, CE: moderada).

El análisis de subgrupos en estudios básicamente observacionales sugiere que en pacientes de muy alto riesgo la endoscopia muy precoz, dentro de las primeras 12 h reduce la estancia hospitalaria (GR: fuerte, CE: baja). Es posible que los pacientes de muy alto riesgo (con inestabilidad hemodinámica persistente) puedan beneficiarse de una endoscopia dentro de las 6 primeras horas que permita la aplicación de un tratamiento hemostático endoscópico más precoz. No hay estudios que confirmen esta afirmación (GR: fuerte, CE: muy baja).

Es recomendable evaluar de forma individualizada el riesgo/beneficio de la realización de la endoscopia sobre todo en aquellos pacientes con riesgo de presentar complicaciones como los que presentan un síndrome coronario agudo, con perforación o en aquellos con inestabilidad hemodinámica persistente (GR: fuerte, CE: baja).

Tratamiento endoscópico:

Para realizar la endoscopia, el paciente debe encontrarse estable desde el punto de vista hemodinámico. La endoscopia es una intervención que produce hipoxemia y vómito, aún más si se realiza bajo sedación. Por ello, ante el riesgo de broncoaspiración, se debe trasladar el paciente a la unidad de cuidado intensivo o a salas de cirugía para realizar el procedimiento con la asistencia de un anestesiólogo, quien debe tomar las precauciones pertinentes, asumiendo que el estómago puede estar con sangre o de alimentos.

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 13 de 20

La endoscopia debe especificar la presencia y el tipo de estigma de hemorragia reciente, ya que esto predice el riesgo de persistencia o de recidiva hemorrágica y determinan la indicación o no de tratamiento hemostático endoscópico. El tratamiento endoscópico no estará indicado en pacientes con estigmas de bajo riesgo (úlceras con base de fibrina o con mancha de hematina de acuerdo a la clasificación de Forrest), dado el buen pronóstico de estas lesiones con una probabilidad de recidiva inferior al 5% (GR: Fuerte, CE: Alta). Cuando se detecta un coágulo adherido en una úlcera se deberán realizar lavados para desprenderlo y hacer si es necesario tratamiento endoscópico de la lesión subyacente. En el caso que el coágulo no se desprenda el tratamiento endoscópico aplicado en la base del coágulo es seguro y puede reducir la tasa de recidiva hemorrágica particularmente en los pacientes con mayor riesgo hemorrágico (edad avanzada, presencia de comorbilidades, etc.), aunque no existe evidencia que este tratamiento sea superior al uso de altas dosis de IBP (GR: fuerte, CE: alta).

Los pacientes con sangrado activo (chorro o babeo) o con vaso visible no sangrante tienen indicación de tratamiento endoscópico (GR: fuerte, CE: alta). El objetivo del tratamiento endoscópico consiste en control inicial de la hemorragia y prevenir el resangrado. La contención del sangrado tanto por métodos térmicos como de inyección, han demostrado ser efectivos y disminuir de manera significativa la necesidad de cirugía y mejorar la supervivencia del paciente (GR: Fuerte, CE: Alta).

Los métodos para detener se pueden clasificar en tres grupos:


- Terapia de inyección.
- Métodos térmicos.
- Hemoclips.

Terapia de Inyección.

La inyección de sustancias para controlar la hemorragia y prevenir el resangrado es un método simple, fácil, barato, disponible, que ha demostrado su eficacia durante más de 20 años.

La sustancia de más amplia utilización ha sido la adrenalina en dilución 1:10.000. Generalmente 3 a 5 ml son suficientes, y excepcionalmente se requieren cantidades del orden de 8 a 10 ml. No se ha observado que la absorción de la adrenalina resulte en aumento en el número de eventos isquémicos cardiovasculares.

La adrenalina se combina con un agente esclerosante para sellar de manera permanente el defecto arterial. En relación al tratamiento endoscópico en la actualidad existe una sólida evidencia que la monoterapia con inyección de adrenalina no consigue resultados óptimos ya que aunque resulta efectiva para la obtención de la hemostasia inicial, cuando se usa como monoterapia se asocia con tasas de recidiva superiores al tratamiento doble (GR: Fuerte, CE: Alta). Cuando se utilice la inyección de adrenalina se debe asociar un segundo tratamiento hemostático endoscópico como la colocación de clips, aplicación de termocoagulación (con electrocoagulación bipolar o Heater probe) o inyección de esclerosantes (alcohol absoluto, polidocanol o etanolamina), de trombina o de adhesivo

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 14 de 20

tisular. Los clips y la termocoagulación pueden usarse también como monoterapia porque en los estudios comparativos el tratamiento combinado no es claramente superior a su uso en monoterapia (GR: Débil, CE: Moderada). No obstante el poder estadístico de estos estudios es cuestionable.

Métodos Térmicos

La fotocoagulación con láser ha demostrado eficacia en reducir los episodios de resangrado, disminuir los volúmenes de transfusiones, limitar la necesidad de cirugía y ha bajado la mortalidad hospitalaria.

La sonda caliente (“Heater Probe”) actúa transmitiendo una cantidad de energía preseleccionada (generalmente 20 vatios) al sitio sangrante a través de un catéter con punta de teflón. Permite utilizar simultáneamente un chorro de agua para limpiar la base de la ulcera y visualizar con exactitud el sitio sangrante.

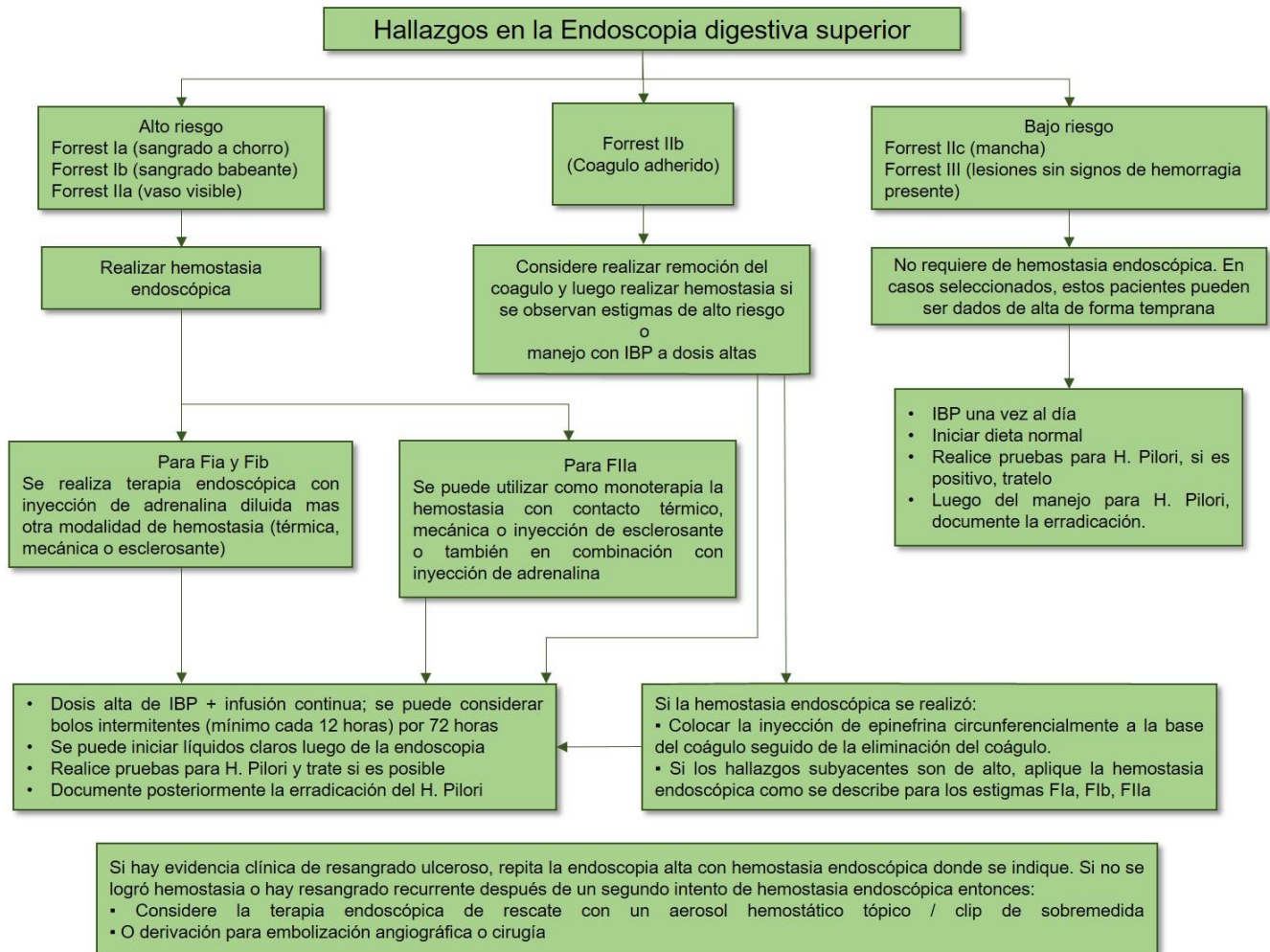
La coagulación con argón plasma se basa en el efecto térmico que produce un chorro del gas argón sobre la superficie de la mucosa. Resulta particularmente aplicable en el manejo de la hemorragia debida a malformaciones vasculares como la ectasia vascular antral, las angiodisplasias, y también en la gastritis erosiva.

En el manejo de la hemorragia arterial ulcerosa son superiores los métodos de contacto directo como la electrocoagulación bipolar (BICAP) basada en la transmisión de energía eléctrica entre dos electrodos adyacentes. Ha demostrado ser superior, en cuanto a eficacia y menor riesgo de perforación, que la electrocoagulación monopolar con corriente diatérmica; sin embargo, esta última es la que se encuentra disponible en la mayoría de los servicios de endoscopia en nuestro país.

Los estigmas endoscópicos de hemorragia reciente y de riesgo de resangrado son:

Signo	% de resangrado
Hemorragia arterial activa	90
Vaso visible no sangrante	50
Coágulo adherente	25
Hemorragia por filtración	<20
Nicho ulceroso limpio	<5


Una vez realizada la endoscopia digestiva superior se procede a aplicar la clasificación de Forrest para diferenciar los pacientes de alto y bajo riesgo de recidiva (GR: Fuerte, CE: Alta).



El papel de la erradicación del H.pylori en la reducción de complicaciones está bien establecido. En la úlcera péptica sangrante el tratamiento erradicador también juega un papel en la prevención de la recurrencia del sangrado. En este caso se debe realizar test para H. pylori (biopsia, test de urea en el aliento) y si el resultado es positivo está indicado el tratamiento erradicador. El test para confirmar la erradicación satisfactoria se debe de realizar después de que el tratamiento antibiótico y con IBP se ha completado y suspendido al menos durante 2 semanas por riesgo de falsos negativos.

Luego del manejo endoscópico, se recomienda aplicar las escalas pronosticas postendoscópica para estratificar los pacientes según el riesgo de recidiva y de mortalidad y así poder optimizar el manejo médico (GR: Devil, CE: Moderada)

Para esto, se recomienda la escala de Rockall, la cual es reconocida y ha sido validada en diferentes estudios. Esta escala nos permite identificar paciente con bajo riesgo de mortalidad y recidiva, los cuales se benefician de manejo ambulatorio. Los pacientes de alto riesgo y mortalidad,


	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)			Código: E-GCC-G-038
	Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio			Versión: 003
				Fecha: Julio 2018
				Página 16 de 20

deberían de ingresar un mínimo de 72 horas y mantener en ayunas las primeras 24-48 horas por si es necesario realizar nueva endoscopia o manejo quirúrgico.

Índice de Rockall				
	0	1	2	3
Edad	<60	60-79	>80	
Comorbilidades	No mayor		ICC, Cardiopatía isquémica	Insuficiencia renal, enfermedad hepática, cáncer metastásico
Shock	No	Frecuencia cardiaca >100	TA sistólica <100 mm Hg	
Origen de la hemorragia	Mallory – Weiss	Esofagitis, Úlcera péptica, gastritis, vórices	Neoplasia	
Estigmas de Sangrado	Ninguno		Coagulo adherido, sangrado pulsátil	
Mortalidad baja (0-2), Intermedia (3-4) o Alta (≥ 5).				

10. Tratamiento de las Recidivas

La recidiva de la hemorragia se define como la presencia de hematemesis y/o melenas asociadas a signos de hipovolemia (tensión arterial sistólica < 100 mmHg y/o frecuencia cardiaca > 100 latidos por minuto) y/o anemia (descenso de la hemoglobina > 2g/l) en un periodo < 12 h. El tratamiento endoscópico es de primera elección en aquellos pacientes que presenten recidiva de la hemorragia, tanto si habían sido tratados previamente como si no (GR: Fuerte, CE: Moderada). Disponemos de un único estudio publicado hace años que muestra claramente que un segundo tratamiento endoscópico puede evitar la cirugía en más de un 70% de los pacientes con resangrado sin que se objetive un aumento de la mortalidad o las complicaciones. No obstante se recomienda comentar con el equipo de cirugía todos los pacientes que presenten una recidiva hemorrágica durante el ingreso hospitalario (GR: Fuerte, CE: Baja). En caso de fracaso de un segundo tratamiento endoscópico se debería considerar la cirugía urgente de rescate o la arteriografía con embolización. La angiografía percutánea con embolización supraselectiva del vaso sangrante se puede considerar una alternativa al tratamiento quirúrgico en aquellos paciente con fracaso del tratamiento endoscópico o cuando no es posible usarlo (GR: Débil, CE: Baja).

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 17 de 20

11. Otras lesiones

Lesión de Dieulafoy. Se trata de la existencia de una arteria anómala tortuosa situada en la submucosa y que asciende sin ramificaciones ni disminución de calibre hasta la mucosa y cuya rotura da lugar a una hemorragia digestiva a menudo grave o recurrente. La localización más frecuente es la parte alta de estómago, cuerpo gástrico o fundus; La lesión es muy difícil de localizar cuando cede la hemorragia. El tratamiento ideal es el endoscópico. En caso de fracaso terapéutico por recidiva grave o dos recidivas leves debe indicarse cirugía urgente.

Síndrome de Mallory Weiss. Son desgarros de la mucosa a nivel de la región cardioesofágica responsables de 5-10% de las HDA. El cuadro clínico consiste en la instauración de náuseas, vómitos, accesos de tos como antecedentes de la hematemesis. Generalmente el sangrado se detiene de forma espontánea pero en 1/3 de los casos precisa terapéutica endoscópica.


Esofagitis. Únicamente en esofagitis graves se presenta HDA y es raro que precise tratamiento endoscópico.

Fístulas aortoentéricas. Ocurren casi exclusivamente en pacientes portadores de una prótesis aortobifemoral aunque excepcionalmente puede tratarse de una fístula primaria creada a partir de un aneurisma de aorta abdominal. La localización más frecuente es la tercera porción del duodeno. La responsable de que se desarrolle esta comunicación en la mayoría de los casos es una infección. Habitualmente se comporta como una hemorragia que cede de forma espontánea, la llamada "hemorragia de aviso", para posteriormente recidivar de forma masiva y letal. La endoscopia puede no ser diagnóstica, por lo que si se sospecha esta complicación deber solicitarse de forma urgente un TAC o una RMN abdominal. La cirugía urgente es obligatoria.

Angiodisplasias o malformaciones arteriovenosas (MAV). Son vasos dilatados y tortuosos, plexos capilares y venosos en la mucosa y submucosa digestiva, probablemente de origen adquirido y constituyen una causa frecuente de hemorragia en ancianos y en pacientes con IRC. Aunque la localización más frecuente es el colon también son causa frecuente de hemorragia en el tracto digestivo alto. Con frecuencia la hemorragia que producen es autolimitada y de carácter leve. El tratamiento es endoscópico preferentemente mediante métodos térmicos.

Hemobilia. Consiste en la hemorragia proveniente del árbol biliar. Presente una tríada típica consistente en hematemesis o melenas, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Sus causas son variadas, estando entre ellas la iatrogenia secundaria a una biopsia hepática. El tratamiento de elección es la embolización transarterial pero si no se dispone de la técnica, puede ser necesaria la ligadura quirúrgica de la arteria hepática.

Hemorragia postpilotomía endoscópica. Poco frecuente, generalmente autolimitada pero en caso de persistir se realizará endoscopia terapéutica.

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 18 de 20

Hemorragia digestiva secundaria a hipertensión portal (HTP). La HTP se caracteriza por un aumento patológico del gradiente de presión entre la vena porta y la vena cava inferior llamada gradiente de presión portal; se considera que existe HTP cuando este gradiente es >5 mm Hg. Como mecanismo compensador para descomprimir el sistema venoso portal, se forma una amplia red de colaterales portosistémicas, siendo las de mayor importancia clínica las varices gastroesofágicas, las cuales se forman cuando el gradiente de presión portal está por encima de 12 mms de Hg.

Como consecuencia del aumento de la presión dentro de las varices, las paredes de las mismas disminuyen de grosor dando lugar a la aparición de los llamados “manchas rojas” en determinados puntos de la pared. Este signo, junto con el tamaño de la variz, se relaciona con el riesgo de hemorragia. Presiones varicosas superiores a 18 mms Hg se asocian a hemorragia persistente o a recidiva precoz; mientras que los pacientes con presiones inferiores a esta cifra tienen un bajo riesgo de hemorragia.

El riesgo de desarrollar varices en pacientes con cirrosis es del 80-90% y, dejados a su evolución natural, el 25-30% de ellos presenta sangrado en los dos primeros años.


El sangrado recurrente por varices se produce en el 70% de pacientes durante el primer año tras el episodio hemorrágico inicial y la tasa de mortalidad oscila entre el 30-50% por cada episodio de hemorragia.

Los nuevos tratamientos médicos, endoscópicos, radiológicos, y quirúrgicos han demostrado reducir la mortalidad por sangrado agudo debido a varices, prevenir el sangrado recurrentes y reducir la posibilidad de sangrado inicial.

Tratamiento del sangrado agudo por varices esofagogástricas. Los pacientes deben ser hospitalizados y estabilizados hemodinámicamente. Una vez hecho esto, debe practicarse precozmente una endoscopia, incluso si el sangrado cesa espontáneamente. Si la sospecha diagnóstica de HDA por varices es alta, puede iniciarse inmediatamente la administración de fármacos vasoconstrictores sin esperar a la realización de la endoscopia: La somatostatina y su análogo sintético de actuación prolongada (octreótido) presentan una efectividad similar a la escleroterapia en el control de la hemorragia por varices (eficacia del 80-90% en el control inicial).

La escleroterapia ha sido hasta hace pocos años el tratamiento de elección para controlar el sangrado agudo por varices con tasa de éxitos que oscilan entre el 70-90% en el control inicial. Actualmente ha sido sustituida como tratamiento de primera línea por la ligadura con bandas. Los estudios que comparan la escleroterapia con la ligadura con bandas han demostrado que esta última técnica tiene la misma efectividad en el control del sangrado y se asocia con una tasa más baja de complicaciones tanto locales como sistémicas así como de mortalidad.

Prevención del resangrado tras un primer episodio. Una vez controlado el episodio de hemorragia, el tratamiento endoscópico debe lograr la erradicación de las varices, para lo cual son

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 19 de 20


necesarias varias sesiones de tratamiento endoscópico. En la actualidad como profilaxis secundaria debe emplearse erradicación con bandas asociada a betabloqueo.

Prevención primaria del primer episodio de sangrado. Los Betabloqueantes son especialmente beneficiosos para el subgrupo de pacientes con varices de tamaño medio o grande (grado 3 y 4). Se observa una disminución del 50% en el primer sangrado frente al placebo, pero presentan contraindicaciones y efectos secundarios muy frecuentes.

La esclerosis de varices en pacientes que nunca han sangrado, aumenta la mortalidad frente a placebo y betabloqueantes y está contraindicada. La ligadura de varices en estos pacientes, disminuye el sangrado frente al placebo, disminuye el riesgo de sangrado a un 15% en comparación a betabloqueantes (43%). Está indicada en caso de contraindicación e intolerancia a betabloqueantes, como profilaxis de primer sangrado por varices esofágicas.

12. BIBLIOGRAFIA:

- García-Iglesias P, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.11.009>
- Gralnek Ian M et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline... Endoscopy 2015; 47: a1-a46
- This document was downloaded for personal use only. Unauthorized distribution is strictly prohibited
- <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo9.pdf>
- Alonso P. Hemorragia digestiva alta. En: Endoscopia Digestiva. J. L. Vázquez Iglesias. Ed. Médica Panamericana 2008. p. 749-67.
- Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003;139(10):843-57. [PubMed]. [Texto completo].
- Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, Blatchford M, Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. BMJ 1997;315(7107):5104. [PubMed]. [Texto completo].
- Ford AC, Delaney BC, Forman D, Moayyedi P. Tratamiento de erradicación de la úlcera péptica en pacientes con pruebas positivas para el Helicobacter pylori; 2006 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Resumen].
- Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974;2:394-397. [PubMed].

	GUIA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) Adoptada del Tomo II de Guías para el Manejo de Urgencias del Ministerio	Código: E-GCC-G-038
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 20 de 20

10. García Rodríguez LA, Hernández Díaz S, The risk of upper gastrointestinal complications associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, acetaminophen, and combinations of these agents. *Arthritis Res* 2001;3(2):98-101. [PubMed]. [Texto completo].
11. Gisbert JP, Abaira V. Accuracy of Helicobacter pylori diagnostic test in patients with bleeding peptic ulcer: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006;101(4):848-63. [PubMed].
12. Klebl FH, Bregenzner N, Schofer L, Tamme W, Langgartner J, Scholmerich J, et al. Comparison of inpatient and outpatient upper gastrointestinal haemorrhage. *Int J Colorectal Dis* 2005;20(4):368-75. [PubMed].
13. Lau JY, Leung WK, Wu JC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2007;356(16):1631-40. [PubMed]. [Texto completo].
14. Liu CC, Lee CL, Chan CC, Tu TC, Liao CC, Wu CH, et al. Maintenance treatment is not necessary after Helicobacter pylori eradication and healing of bleeding peptic ulcer: a 5-year prospective, randomized, controlled study. *Arch Intern Med* 2003;163(17):2020-4. [PubMed]. [Texto completo].
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline [Internet]. SIGN; 2008 [Acceso 2/2/2009]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/105/index.html>.
16. Sung JJ, Tsoi KK, Lai LH, Wu JC, Lau JY, Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding a meta-analysis. *Gut* 2007, 56(10):1364-73. [PubMed].

13. CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación de la guía hemorragia digestiva alta	Jefe de enfermería	Director médico	Comité técnico científico
002	Julio 2014	Actualización de documento	Grupo cirujanos	Grupo cirujanos	Comité de calidad
003	Julio 2018	Se actualiza contenido y estructura de la guía.	Coordinador Tecnocientífico	Comité de Gestión	Comité de Guías.