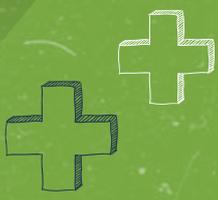




CAPÍTULO 11

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Upper Gastrointestinal Bleeding



Autores:

Marco Antonio Carangui Urgilés

Médico tratante del Hospital San Jose

correo: Marco.carangui.25@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6576-6515>

Azogues, Ecuador

Ronnald Fabricio Cañizares Escandón

Médico residente del Hospital San José

correo: ronyfce@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5816-3652>

Azogues, Ecuador

Ítalo Ismael Espinoza Lozano

Médico Rural del centro de salud de Gualaquiza

correo: italoespinoza-10@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-1191-9737>

Marcos Josué Carangui Tenezhañay

Estudiante de Medicina de la Universidad

Católica de Cuenca

correo: marcosjct.05@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-0642-7596>

Azogues, Ecuador



1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es considerada como la causa que más se identifica en la sala de urgencias, la cual se encuentra originada a partir de una lesión que produce sangrado, que se localiza por debajo del esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz, pudiendo ser de origen variceal y no variceal; también se encuentran afectadas las estructuras adyacentes, al momento que existe un sangrado se dirige a la cavidad abdominal (1,2).

La aparición del sangrado principalmente se encuentra originada ante la presencia de lesiones a nivel de las venas, arterias o capilares, conocidas como trombosis, rupturas, embolias y ulceraciones las cuales producen la pérdida sanguínea; la hemorragia digestiva alta también se puede encontrar originan ante la alteración de los factores de la coagulación, afectando al momento de la formación del coágulo. Unas de las lesiones más comunes en las que se presenta sangrado son las úlceras gastroduodenales de las cuales el 20% de los pacientes que presentan esta patología presenta un episodio de hemorragia digestiva alta (3).

Su incidencia oscila en 40 a 150 casos por cada 100.000 habitantes en aproximadamente un año, considerándolos unos de las principales causas de hospitalización y en los pacientes mayores a 65 años presentan una mayor mortalidad en un 5 al 12 %, dependiendo de la causa del sangrado, su cantidad, la relación de otras enfermedades preexistentes y a la edad del paciente (4,5).

En Estado Unidos se identifica el país con mayor incidencia en presentar hemorragia digestiva alta, aproximadamente se estima alrededor de 170 a 180 casos reportados en cada 100 mil habitantes, encontrándose más involucrados los del sexo masculino y su incidencia aumenta con la edad, en China se pudo identificar una incidencia de aproximadamente entre 50 a 150 casos de cada 1 millón de habitantes, presentando una mortalidad del 4 al 14 % (6).

En Ecuador se identificó un estudio que fue realizado por el instituto nacional de estadística y censos (INEC), en el año 2018, identificando aproximadamente 1.702 casos presentaron hemorragia digestiva alta. En el Hospital Vicente Corral Moscoso

ubicado en la ciudad de Cuenca hace mención que un 7% de los pacientes con hemorragia digestiva alta presentan una mortalidad, con una frecuencia de resangrado del 20%; por lo tanto, en el hospital de especialidades identifican que la presencia de sangrado digestivo se origina por úlceras pépticas representando un 44% (6).

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Diagnóstico Clínico

Los signos y síntomas de la HDA son amplios, llegando a presentarse en los pacientes de manera asintomática, con anemia o hasta desarrollar una hemorragia masiva que conlleva a un shock hipovolémico (7,8). La revisión inicial se basa en el estado hemodinámico del paciente, para determinar la gravedad del sangrado y la conducta a realizar (9).

Hacer un adecuado examen físico e historia clínica, que nos orienten a determinar diferentes factores que faciliten analizar la etiología del sangrado, como; antecedentes patológicos de cirrosis, úlcera gastroduodenal, antecedentes familiares de trastornos de coagulación, coagulopatías o ingesta de anticoagulantes, antiagregantes, AINES o ISRS, consumo excesivo de alcohol, tabaco o diferentes sustancias, antecedentes quirúrgicos por una fístula aórtico-mesentérica, o vómitos previo a la hemorragia provocada por un desgarro de Mallory Weiss (10–12).

Las formas de presentación son variables, encontramos hematemesis, mismas que deben ser descartadas de un posible origen respiratorio y otorrinolaringológico (hemoptisis) por sangre deglutida (13). El dolor abdominal puede presentarse en pacientes que cursan con úlceras pépticas, isquemia mesentérica o colónica. La úlcera péptica se desarrolla con un dolor punzante localizado en el epigastrio, en el caso de las úlceras de origen gástrico el dolor incrementa con la ingesta de alimentos, por lo contrario, las úlceras duodenales mejoran con la ingesta de alimentos (10). Cuando la pérdida de sangre se produce por vía rectal, cabe considerar si se trata de una hemorragia digestiva alta, baja, o una proctorragia, la disminución significativa de peso corporal orienta a un proceso neoplásico (7,11).

Es importante tomar en cuenta la posición del paciente en la valoración, así, si se trata de una hemorragia leve, el paciente generalmente estará de pie y activo; si se trata de una hemorragia moderada, el paciente llegará en decúbito, pero a pesar de esto el paciente al incorporarse, se presentará con vértigo; finalmente cuando la hemorragia es grave el decúbito es obligado (8,9). La palidez de piel, las mucosas y el llenado capilar son importantes para valorar las hemorragias.

Al momento de realizar el examen abdominal se debe evaluar el peristaltismo, la sensibilidad a la palpación y los signos de irritación peritoneal, la inspección del ano y tacto rectal demuestra hemorragia cuando se carece de clínica. Entre los factores predictores la presencia de melenas, taquicardia y hemoglobina < 8 mg/dl. Los signos que manifiestan hipovolemia encontramos: taquicardia, taquipnea, hipotensión, disminución del gasto urinario y alteración del estado mental (8,9,14).

Hematemesis: se considera hematemesis cuando la pérdida de sangre se da a través del vómito, generalmente refleja una HDA que puede ser a nivel de esófago, estómago, duodeno y primeras asas de yeyuno (8,9).

Melena: son deposiciones de color negro, con consistencia pastosa, pegajosas, de olor fétido, similar al alquitrán, se presenta en la mayoría de las HDA, su origen se atribuye al lado izquierdo del colon, frecuentemente de origen gastroduodenal, hay que descartarla también de las HDB que cursan con un tránsito lento donde la hemoglobina ha sido degradada por la flora entérica. Es importante investigar sobre el consumo de ciertos alimentos o medicamentos que pueden generar una falsa melena, entre ellos: remolacha, las sales de bismuto, consumo de hierro, entre otras. 50 cm³ es la cantidad de pérdida mínima de sangre para considerarla como melena (8,9).

Hematoquecia: son deposición de sangre pura, roja rutilante, con o sin coágulos, acompañados o no de materia fecal, son sangrados atribuidos al colon distal y recto, en el 5% de los casos tiene su origen superior generado por una aceleración del tránsito (2,3).

Anemia por sangrado crónico oculto: en la mayoría de los casos los pacientes con sangrado crónico presentan anemia de tipo ferropénica de características microcíticas e hipocrómicas, a diferencia de los sangrados agudos que son normocíticas y normocrómicas (8,9).

Vómito en posos de café: restos hemáticos oscuros por contacto con el jugo gástrico.

Sangre oculta: Sangre en materia fecal no detectable macroscópicamente, siendo necesaria su investigación por medio de laboratorio (8,9).

2.2 Diagnóstico Diferencial

Existen ciertas patologías o alteraciones orgánicas que pueden ser semejantes clínicamente a una HDA, entre las principales patologías a descartar tenemos: epistaxis posterior, un sangrado odontológico, el consumo de vino tinto, al ingerir sulfato ferroso, cuando se administra carbón activado y además sustancias que contienen bismuto, la ingesta de remolacha, pueden provocar cambios de coloración de las deposiciones (8,9,13).

2.3 Exámenes Complementarios

Laboratorio:

En todo paciente que cursen con HDA debe solicitarse hemoglobina/hematocrito, recuento ABO (11,14).

Hematocrito: Si la hemorragia fue reciente o muy aguda, lo que disminuye es el volumen sanguíneo y el hematocrito puede mantenerse dentro de valores normales. Pero a partir de las 24 a 72 horas, si el sangrado fue importante o continúa, se evidencia la disminución de este marcador. Además el control del hematocrito es importante para valorar la evolución del paciente y la respuesta al manejo (11,13,14).

Hemoglobina: También es de valor para conocer la respuesta al tratamiento y la evolución clínica del paciente. Las nuevas recomendaciones para transfusión de hemoderivados recomiendan cuando el valor de hemoglobina es menor a 7 g/dl (11,13,14).

Nitrógeno ureico: cuando la sangre llega al intestino, se produce la degradación de las bacterias misma que provoca la producción de nitrógeno ureico, que cuando es absorbida a la circulación produce el aumento de los niveles en sangre (11,13,14).

Ionograma: por vómitos o diarreas, mismos que se utilizaran para las correcciones necesarias (11,13,14).

Pruebas de función hepática y de coagulación: destinada a pacientes que presentan antecedentes de hepatopatías o hipertensión portal (11,13,14).

Exámenes de Imagen

La endoscopia consiste en el examen gold standard para el diagnóstico de las HDA hasta en el 95% de los casos, también se emplea en el tratamiento y la determinación de un resangrado, por esta razón se la emplea para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Según la guía de práctica clínica establecida por la Sociedad Americana de Endoscopia gastrointestinal, recomienda realizar una endoscopia dentro de las primeras 24 horas, sin especificar en el momento oportuno, es fundamental valorar el estado en el cual se encuentre el paciente, estabilizar al paciente, y determinar si el paciente necesita transfusión, para llevarlo de manera óptima al tratamiento endoscópico.

Se debe realizar una endoscopia de carácter urgente dentro de las primeras 6 horas en las HDA por Hipertensión Portal (HTP), puesto que, estos pacientes desarrollan una enfermedad hepática descompensada con mayor posibilidad de sangrar, provocando un peor pronóstico, que es originado por las varices causadas por la hipertensión portal, que en ocasiones son la principal causa de hemorragia severa en estos casos (11,13,14).

Contraindicaciones de una endoscopia.

Relativas: negación del paciente, cardiopatías importantes o descompensada, pacientes con insuficiencia respiratoria o coagulopatía grave, divertículo de Zenker, cirugía de la región cervical. (11,13,14).

Absolutas: perforación intestinal, estado de choque no compensado, angina o infarto, pacientes que padecen aneurisma disecante de aorta (11,13,14).

2.4 Clasificación

Distinguimos dos clasificaciones endoscópicas:

Tabla 1. Clasificación endoscópica de Paquet de HDA varicosa.

Grado I	Protrusión escamosa perceptible
Grado II	Protrusión $\frac{1}{4}$ de la luz
Grado III	Protrusión $\frac{1}{2}$ de la luz
Grado IV	Protrusión mayor de $\frac{1}{2}$ de la luz

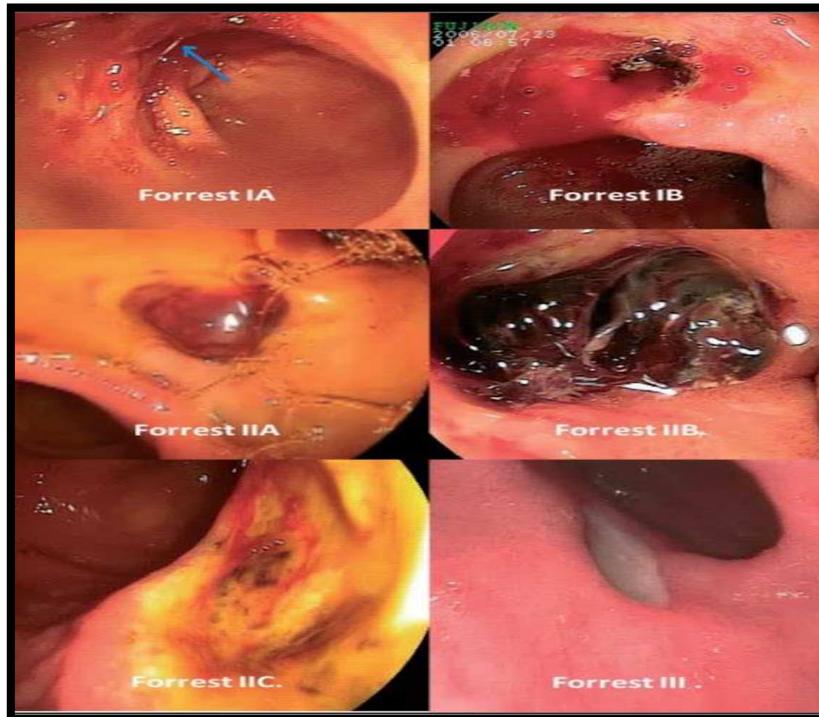
Fuente: Hemorragia digestiva alta. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>

Tabla 2. La clasificación endoscópica de Forrest de HDA no varicosa.

	Hallazgos	Resangrado	Mortalidad
IA	Jet arterial	55%	11%
IB	Sangrado Difuso	55%	11%
IIA	Vaso visible no sangrante	43%	11%
IIB	Coágulo adherido	22%	7%
IIC	Mancha plana	10%	3%
III	Úlcera limpia	5%	2%

Fuente: Hemorragia digestiva alta. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>

Imágenes de lesiones donde se evidencian hallazgos endoscópicos según la clasificación de Forrest.



Fuente: Utilidad diagnóstica y terapéutica de la videoendoscopia digestiva alta. 2019.

Otras pruebas

Arteriografía

Se realiza cuando mediante la endoscopia no se puede localizar el sitio de sangrado y el paciente continúa inestable, para poder comprobar el sitio del mismo, el volumen de sangre debe ser superior a 0.5 ml/min, ya que provee mayor precisión diagnóstica de malformaciones vasculares y puede ser una opción terapéutica como la embolización o inyección intraarterial de vasopresina (11,13,14).

Gammagrafía con hematíes marcados con tc-99

Posee más sensibilidad que la arteriografía para detectar las lesiones sangrantes con flujos de hasta 0.1 ml/min, pero menos específica, su desventaja es que no permite realizar procedimientos terapéuticos (11,13,14).

Radiografía con bario

Este examen nos permite detectar lesiones ubicadas en el intestino delgado al que no se pueden detectar con otras técnicas, su desventaja es que no es útil para la fase aguda del sangrado (11,13,14).

2.5 Tratamiento

Para un correcto tratamiento se debe manejar cuatro aspectos los cuales son la evaluación inicial del paciente con un sangrado digestivo alto acompañado de la reanimación hemodinámica, seguido con la identificación de la estratificación de riesgo, abordaje pre-endoscópico y finalmente la terapia endoscópica (7).

Manejo Inicial

Ante la presencia de pacientes inestables, en primer lugar, se debe valorar que la vía aérea se encuentre permeable de esa manera se conservará una correcta oxigenación; en algunos de los casos hace mención el uso de la intubación orotraqueal en pacientes que presenten hematemesis severas así evitando el riesgo de broncoaspirar identificados más en personas que presenten una alteración del estado de conciencia. Una de las complicaciones que más se identifican es a nivel circulatorio, por lo que se debe estar pendiente en los signos vitales del paciente ante la presencia de taquicardia, hipotensión, ansiedad, cambios en el estado de conciencia y extremidades periféricas frías o humedad (7).

Ante la presencia de una pérdida de volumen sanguíneo, se debe de tener el acceso de dos vías, especialmente de calibre número 18 con la finalidad de ser más accesible el paso de grandes cantidades de volumen para la reanimación del paciente o en algunos de los casos para transfundir concentrados globulares. La cantidad de volumen que se va a restaurar va a depender de la condición clínica de cada paciente, en los que se identifiquen una presión arterial baja se los debe estabilizar con una estrategia de transfusión que consiste en pasar un concentrado de glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas (7).

El uso de los cristaloides son los más recomendados al no tener la disponibilidad de paquetes globulares, sabiendo que las presiones arteriales mínimas de los

pacientes se deben encontrar entre 55 a 60 mmHg, siendo una cifra adecuada para realizar la reanimación; la transfusión de sangre se debe realizar en pacientes que en el control inicial de hemograma presentan una hemoglobina de igual o menor de 7 (7).

Tratamiento farmacológico

El uso del ácido tranexámico no se recomienda debido a que no existe evidencia científica que respalde su utilidad. El inhibidor de la bomba de protones en dosis altas ha demostrado disminuir el riesgo de hemorragia, para su correcto uso se menciona utilizar en primer lugar un bolo de 80 mg vía intravenosa, posteriormente seguido de una infusión de 8 mg/hora por 72 horas.

En pacientes que se encuentre hemodinámicamente estable según la guía Glasgow Blatchford sea < 1 recomendando el uso de la medicación vía oral, posteriormente al primer bolo, debido a que no se requiere manejo hospitalario hasta la realización de la endoscopia (7).

Los pacientes que se realizaron un procedimiento endoscópico de manera hospitalaria o ambulatoria se recomienda el uso de IBP por vía oral, cada 12 horas por 14 días y posteriormente cada 24 horas, en este caso el tiempo depende de los hallazgos endoscópicos.

La endoscopia al inicio del sangrado suele ser difícil porque dificulta la visualización, en estos casos no se realiza aspiración o lavado nasogástrico, para mejorar la visualización se menciona la utilización de eritromicina intravenoso, considerándolo un procedimiento invasivo, mejorando y reduciendo la duración de la endoscopia. Se recomienda una dosis de 250 mg IV de 30 a 120 minutos antes del procedimiento (7).

Ante la presencia de una úlcera péptica sangrante, sabiendo que el 50 % de los casos es originada por la presencia de H Pylori, antes de iniciar un tratamiento por el sangrado se debe tomar en cuenta que si el paciente se beneficia tratando la patología de base; el esquema antibiótico inicial, en el uso de amoxicilina de 3 a 4 veces al día, seguido de IBP dos veces al día, claritromicina 500 mg dos veces al día

por 14 días, en los casos de ser resistente a la claritromicina se debe utilizar levofloxacina 500 mg una vez al día (7).

Endoscopia

Este procedimiento como tratamiento se cuenta con varios métodos como terapia inyectada, térmica, mecánica y tópica, para la realización de este tratamiento endoscópico depende mucho de la escala de FORREST, para las úlceras que se encuentren en un grado del 1a, 1b, y 2a se ven mejores resultados con la terapia endoscópica que con la farmacológica. Para las úlceras con un Forrest 1a y 1b se utiliza la terapia combinada con epinefrina y otro método de hemostasia, para el Forrest 2a se sugiere la utilización de monoterapia endoscópica de igual manera con la utilización de algún método hemostático o epinefrina (7).

Tabla 3. Escala de Forrest

Grupo	Hallazgos endoscópicos	Riesgo de resangrado
Ia	Hemorragia activa pulsátil	Alto
Ib	Hemorragia no activa pulsátil	Alto
IIa	Vaso visible no sangrante	Alto
IIb	Coágulo adherente	Intermedio
IIc	Úlcera con punto negro	Bajo
III	Lecho ulceroso limpio, no sangrante	Bajo

Fuente: Hemorragia del tracto digestivo superior, enfoque para el médico general. 2022. <https://doi.org/10.18566/medupb.v41n1.a09>

3. CONCLUSIÓN

La hemorragia digestiva alta, tiene una alta incidencia en centros hospitalarios en alta y baja complejidad, por lo que es de suma importancia una sospecha adecuada precoz, los factores de riesgo individualizados para cada paciente.

En primera instancia recordar que al primer contacto con el paciente determinar la estabilidad del mismo dada por el estado neurológico, la presión arterial, el

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

llenado capilar y la diuresis; posteriormente valorar la urgencia de la endoscopia y los riesgos que conlleva realizarla; además de determinar la causa de la hemorragia.

Y por último un adecuado manejo terapéutico dirigido a la estabilización temprana del paciente, en cuanto al manejo farmacológico se han validado el uso de inhibidores de la bomba de protones, ácido tranexámico, antídotos de los anticoagulantes, reposición hídrica, transfusiones, etc.

Valorar la urgencia de endoscopia para diagnóstico y tratamiento, con el fin de reducir las complicaciones, morbilidad y mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz M, Masi A, Adorno C, Prieto I. Caracterización endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Nacional de Itauguá, período 2020. SCIELO [Internet]. 2021;45(2). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000200008
2. Miroslava B, Garcia AM, Arellano A. Riesgo de resangrado en hemorragia digestiva alta según la escala de Glasgow-Blatchford: herramienta de triaje. SCIELO [Internet]. 2020s;156(6). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132020000600502&script=sci_arttext
3. Mato Y, Ramos A, Delgado S, Hernández Y. Efectividad del tratamiento con ácido tranexámico en la hemorragia digestiva alta. Revista Cubana de Cirugía. 2020;59(2):19.
4. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). SCIELO [Internet]. 2020;48(3). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000300288&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Herrera J, Mellano J de J. Variación estacional de la hemorragia digestiva alta. SCIELO [Internet]. 2022;24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-59962022000200004&script=sci_arttext
6. Espinoza P, Zambrano J. Comparación de la escala aims65 con las de glasgowblatchford y rockall como predictor de mortalidad, re sangrado y resultados clínicos en pacientes con sangrado digestivo alto en dos hospitales de quito, entre noviembre 2018 y junio 2019. [internet]. Pontificia universidad católica del ecuador; 2019. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17197/TESIS>

[%20ESPECIALIZACION%20EN%20GASTROENTEROLOG%20Y%20ENDOSCOPIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

7. Rendón A, Carmona V, González I, Vásquez I, Mejía E, Gómez L, et al. Hemorragia del tracto digestivo superior, enfoque para el médico general. 41. 2022;1:8.
8. Galindo F. Hemorragia digestiva. Universidad de Argentina. 2019;19.
9. Schmitz J, Zarate. A. Hemorragia Digestiva Alta. Universidad Finis Terrae. 2020;23.
10. Chuecas J, Torres T, Cabezas G. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA. 2019;(44):3.
11. Martínez S, Guillermo. Conducta actual frente a la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. SCIELO [Internet]. 2021;76(6). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492021000600728&script=sci_abstract
12. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL ÁREA DE URGENCIAS. 2020;1(3). Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>
13. Guzmán J, Davila Esteban, Palomeque W. Tratamiento del sangrado digestivo alto. Cambios rev méd. 2018;17(2):10.
14. Macas C, Naranjo M, Geovanny G. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la videoendoscopia digestiva alta. 2019;16.