

Hemorragia digestiva alta

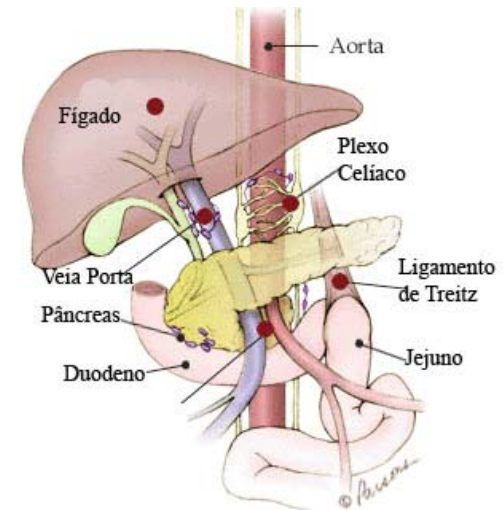
Beatriz Martínez Escribano

Rosa Albañil Ballesteros

Diciembre 2013

Introducción

- Definición: Aquella hemorragia que tiene origen a nivel proximal al ángulo de Treitz.
- Epidemiología:
 - ✓ Incidencia no bien definida en niños.
 - ✓ Supone la segunda causa de sangrado agudo en niños tras los originados por traumatismo, y alrededor del 20% de las hemorragias digestivas en este grupo de edad.



Formas de presentación

| Tipo | Clinica | Localización |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hematemesis | Emisión de sangre roja con el vómito, más o menos modificada por las secreciones digestivas. Puede variar desde rojo brillante a rojo oscuro, marrón o negro, o aparecer como posos de café | Sugiere sangrado de tramos altos del tubo digestivo y, en general, traduce una hemorragia grave |
| Melena | Heces de aspecto negruzco , alquitranadas, brillantes, untuosas y malolientes, debido a la mezcla de materia fecal con sangre desnaturalizada por la acción del contenido gastrointestinal | Suele proceder de tramos altos del tracto digestivo |
| Hematoquecia | Deposiciones con sangre roja , fresca, que puede estar o no mezclada con las heces | Suele proceder de lesiones distales al ángulo de Treitz, pero también de sangrados altos abundantes que aceleran el tránsito |
| Rectorragia | Emisión de sangre roja por el recto | Origen en zonas distales del intestino grueso |
| Sangre oculta en heces | Cansancio, palidez, ferropenia, anemia | Cualquier localización |

Etiologías posibles

- Se puede realizar una aproximación etiológica considerando los siguientes factores:
 - ✓ Edad del paciente.
 - ✓ Tipo, gravedad y localización del sangrado.
 - ✓ Área geográfica en el que nos encontremos.
- En occidente las causas más frecuentes son: esofagitis, gastritis, úlcera duodenal y varices.

Clasificación etiológica por edades

| Neonatos | Lactantes | Niños y adolescentes |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Sangre materna deglutida | Gastritis y úlceras por estrés | Síndrome de Mallory-Weiss |
| Déficit de vitamina K | Enfermedad péptica | Enfermedad péptica |
| Gastritis y úlceras por estrés | Síndrome de Mallory-Weiss | Varices gástricas o esofágicas |
| Trauma (por ejemplo, por sonda nasogástrica) | Anomalías vasculares | Cuerpo extraño |
| Anomalías vasculares | Duplicaciones gastrointestinales | Ingesta de cáusticos |
| Coagulopatía congénita o asociada a sepsis | Varices gástricas o esofágicas | Vasculitis (por ejemplo, púrpura de Schönlein-Henoch) |
| Intolerancia a proteínas de leche de vaca | Telangiectasias duodenales o gástricas | Enfermedad de Crohn |
| | Obstrucción intestinal | Obstrucción intestinal |
| | Fármacos | Lesión de Dieulafoy y otras malformaciones vasculares |
| | Alteraciones de la coagulación | Alteraciones de la coagulación |
| | | Fármacos |
| | | Ectasia antral |

Valoración inicial

1.º Estabilización hemodinámica si precisa.

2.º Anamnesis y exploración física para responder las siguientes preguntas:

- **¿Se trata realmente de sangre?**
 - ✓ Descartar ingesta de alimentos o fármacos que puedan colorear las heces o el material vomitado.
 - ✓ Sangre materna deglutida en los neonatos y lactados al pecho.
 - ✓ Síndrome de Münchausen.



- ¿El origen del sangrado es digestivo?

- ✓ Cavidad oral.
- ✓ Tracto ORL.
- ✓ Aparato respiratorio.



- ¿Cuál es la causa del sangrado?

- ✓ **Antecedentes familiares:** coagulopatías, hepatopatías, nefropatías, enfermedad péptica...
- ✓ **Antecedentes personales:**
 - Patologías que predisponen al sangrado: coagulopatías, hepatopatías, enfermedades digestivas (RGE, enf. péptica), transfusiones...
 - Episodios previos de sangrado.

- ✓ Periodo neonatal: factores de riesgo para el desarrollo de trombosis portal, profilaxis con vitamina K, tipo de alimentación...
- ✓ Cronología de la introducción de los alimentos.

3.º Situación actual:

- Situación del paciente: ingreso en la UCI, postquirúrgico, gran quemado, politraumatizado...
- Duración, cuantía estimada y características del sangrado.
- Síntomas gastrointestinales asociados.
- Relación del sangrado con la ingesta y la deposición.
- Ingesta de alimentos o fármacos que puedan simular sangrado.
- Ingesta de fármacos gastroerosivos.
- Ingesta de cáusticos o cuerpo extraño.
- Traumatismo abdominal reciente.



4.º Exploración física:

- **Signos sobre situación hemodinámica del paciente:** palidez, taquicardia, sudoración, relleno capilar, nivel de consciencia...
- **Coloración de piel y mucosas y lesiones asociadas sugestivas de sangrado a otros niveles.**
- **Lesiones mucocutáneas tipo hemangiomas o telangiectasias.**
- **Signos de hemorragia extradigestiva:** aftas, amigdalitis, epistaxis, auscultación pulmonar (hemoptisis), genitales externos (hematuria, sangrado vaginal).
- **Estigmas hepáticos y/o signos de HT portal:** ascitis, hepatoesplenomegalia, circulación colateral...
- **Distensión abdominal.**
- **Región anal y genital:** colgajos, fisuras, fístulas...



Pruebas complementarias (I)

1.º Analítica básica:

- **Hemograma:**
 - ✓ Datos de anemia.
 - ✓ Trombopenia (sugestiva de hiperesplenismo).
 - ✓ Trombocitosis (enfermedad inflamatoria o ferropenia).
- **Coagulación:** alterada en el déficit de vitamina K, coagulopatías o disfunción hepática.
- **Perfil férrico.**
- **Bioquímica:** perfil hepatorenal y reactantes de fase aguda (VSG y PCR) un índice BUN/Cr >30 es sugestivo de Hemorragia digestiva alta.



Pruebas complementarias (II)

2.º Sangre oculta en heces (+ si >2 ml al día)

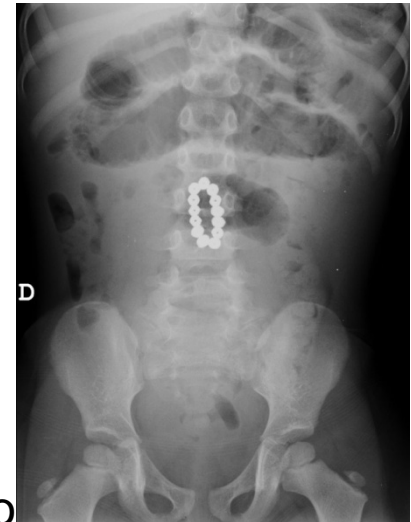
3.º Rx simple de abdomen en bipedestación

4.º En medio hospitalario:

- **Endoscopia digestiva alta:**

- ✓ De elección.
- ✓ Identifica origen del sangrado, orienta sobre riesgo y permite iniciar intervención terapéutica.
- ✓ Primeras 24-48 horas.
- ✓ Si grave, inmediatamente tras la estabilización hemodinámica.

- **Ecografía simple y con Doppler:** enfermedad hepática, HT portal y malformaciones vasculares



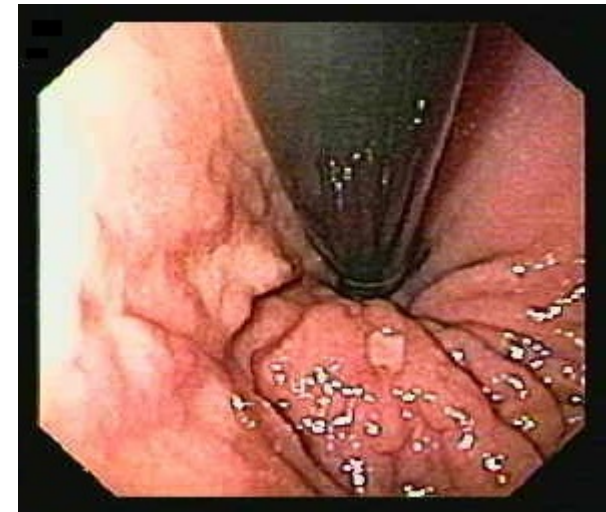
Pruebas complementarias (III)

- **Tomografía computarizada y resonancia magnética:** sospecha de malformaciones vasculares, masa tumoral o inflamatoria.
- **Otros:** gammagrafía con tecnecio 99, angiografía, laparoscopia o laparotomía exploratoria.
- **Tránsito digestivo superior,** no indicado en hemorragia aguda.

¿Cuándo derivar al hospital?

- **Urgente:**

- ✓ Inestabilidad hemodinámica.
- ✓ Sangrado masivo o activo.
- ✓ Coexistencia con sangrado a otro nivel.
- ✓ Sospecha de hepatopatía grave.
- ✓ Sospecha de patología quirúrgica.



- **Programada:**

- ✓ Sangrado autolimitado y escaso que precisa de pruebas complementarias no disponibles en Atención Primaria.

Tratamiento (I)

- Condicionado por:
 - ✓ Cuantía del sangrado.
 - ✓ Situación hemodinámica.
- **Mínimo sangrado, estable hemodinámicamente y analítica normal:**
 - ✓ Reducción de la acidez gástrica:
 - IBP fundamentalmente.
 - Anti-H2, citoprotectores, procinéticos...
 - ✓ Evitar irritantes de la mucosa gástrica: cafeína, salsas, comidas grasas o condimentadas, frituras, rebozados, chocolate...

Tratamiento (II)

- **Hemorragia moderada o grave, inestabilidad hemodinámica y/o alteración analítica:**



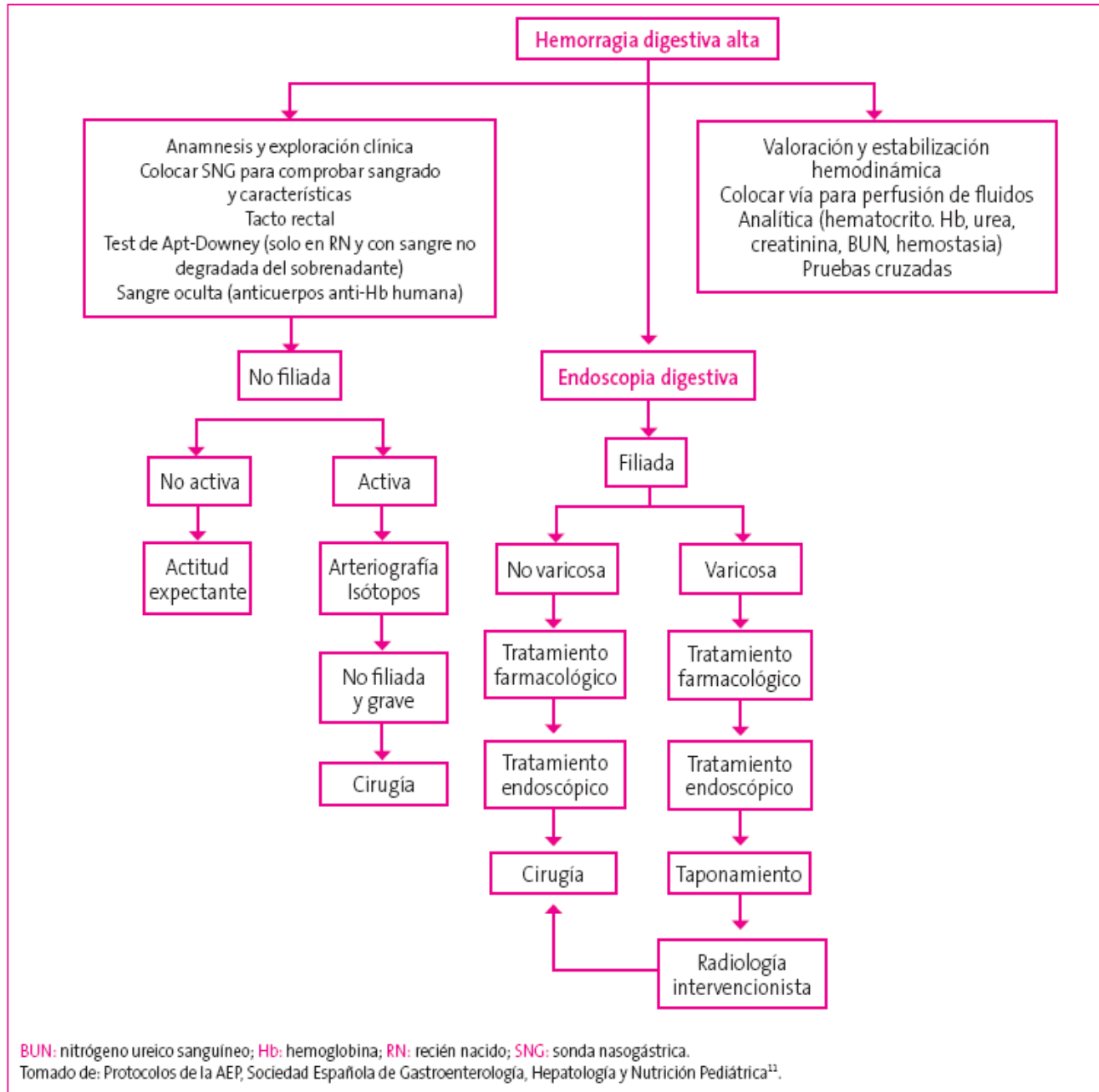
Oxigenoterapia

Canalizar vía periférica o intraósea

Reponer volemia

Traslado al hospital





Prevención

- Adecuado diagnóstico y tratamiento de patologías que puedan **predisponer** al sangrado digestivo: RGE, hipertensión portal...
- Extremar los cuidados en niños tratados con **AINE** y patología gastrointestinal previa (HT portal, gastritis, enfermedad péptica...) o en tratamiento con fármacos potencialmente gastroerosivos (tetraciclinas, corticoides, antiepilépticos...).
- Evitar administración de fármacos **innecesarios**.
- Ajustar **dosis y tiempo** de administración de los fármacos.
- Profilaxis en **pacientes críticos**.