

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Autores:

Prof. Dr. Bernardo J. Gandini M.P.N° 7913/4
Esp. En Gastroenterología M.E.N° 2334
Esp. En Medicina Interna M.E.N° 2333
Experto en Hepatología M.E.N° 6
Prof. Titular, Cátedra Clínica Médica I HNC (FCM, UNC)
Miembro Comité de Contralor de Gastreenterologia.

Prof. Dra. Silvia E Mengarelli: M.P.N° 13528/9
Esp. En Gastroenterología M.E.N° 4399
Experto en Hepatología M.E.N° 43
Prof. Titular Cátedra de Clínica Médica I NHR (FCM, UNC).
Miembro Comité de Contralor de Gastreenterologia.

Dr. Miguel A. Fadul: M.P.N° 11930/2
Esp. En Gastroenterología M.E.N° 6615
Miembro Comité de Contralor de Gastreenterologia.

En la actualidad son muy útiles para el manejo de los médicos en sus decisiones, los grados de evidencia según la clasificación GRADE (grado de recomendación (GR) fuerte o débil; calidad de la evidencia (CE) alta, moderada, baja o muy baja; por lo tanto, en el texto, serán referidos por sus abreviaturas.

DEFINICIÓN

Hemorragia digestiva alta (HDA): Forma de presentación de la hemorragia: «Poso de café» o hematemesis, asociado o no a melenas. Evidencia firme, clínica o bioquímica de pérdida de sangre proveniente del tracto digestivo superior (hasta el ángulo de Treitz).

Hematemesis: es el vómito de sangre o coágulos; el vómito en borra de café, consiste en material marrón oscuro, granuloso, que se asemeja a la borra del café solamente se acepta si es constatado por médicos o enfermeros entrenados.

Melena: presencia de heces negras o sangre roja, comprobadas por médicos o enfermeras, y/o descubiertas en el examen rectal.

Re-sangrado: presencia de los signos de sangrado abajo descriptos, que recurren dentro de los 10 días del episodio inicial.

Sangrado continuo: presencia de los signos de sangrado abajo descriptos, que se extienden por más de 24 horas.

- Taquicardia e hipotensión en ausencia de otras causas.
- Nueva hematemesis o melena.
- Caída de la hemoglobina más de lo que se podría explicar por hemodilución.

Shock: presencia de presión sistólica < de 100 mm de Hg.

Incidencia y prevalencia

HDA no variceal y en especial, la hemorragia por úlcera péptica y erosiones, es uno de los motivos más frecuentes de hospitalización y representa un importante problema económico y asistencial. Su incidencia global es de 50-100 cada 100.000 habitantes por año con una tasa de internación hospitalaria anual de 100 casos cada 100.000 internaciones. En países europeos, especialmente en Inglaterra, la incidencia oscila entre 47 a 116/100.000/año con una mortalidad de 10%.

La HDA permanece como una causa común de ingreso hospitalario, representando entre un 8 a 10% de los ingresos a los departamentos de emergencias médicas. La incidencia puede haber aumentado en la proporción en que lo ha hecho la población de pacientes gerontes y es también en esta cohorte donde radica la mayor mortalidad, por lo que es difícil la lucha para disminuir la tasa de mortalidad global. La incidencia, en todos los grupos etarios excepto en mayores de 75 años, es el doble en los hombres que en las mujeres. La incidencia de HDA es mayor en zonas socio-económicamente con menores recursos.

CUADRO CLÍNICO

Siempre se debe preguntar, sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y de antiagregantes o anticoagulantes, incluyendo los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): dabigatrán, rivaroxaban, apixaban y edoxaban. Los factores de riesgo para mortalidad, luego de la internación son: edad avanzada, shock al ingreso, situaciones comórbidas, especialmente fallo hepático, renal o cáncer diseminado; el pronóstico empeora con el diagnóstico de malignidad digestiva alta, hallazgos endoscópicos de sangrado activo, úlcera con sangrado arterial, vaso visible no sangrante, groseras várices y signos rojos, re-sangrado (RR10.0 de mortalidad).

Los pacientes menores de 40 años tienen una mortalidad extremadamente baja, que aumenta con la edad. La implementación de un "score" de riesgos, ha demostrado que los pacientes con \leq a dos puntos tienen una tasa de mortalidad de 0.1% y de re-sangrado de 4.3%, pero si el puntaje es \geq 8 se asocia respectivamente con el 41 y 42.1%.

Los pacientes internados por otras causas, que desarrollan una HDA luego de la internación, tienen un pronóstico mucho peor que los que se internan por el sangrado, con una mortalidad de 30%.

La causa más común es la úlcera péptica, la historia de enfermedad o la presencia de dispepsia puede estar ausente hasta en un 20%. En estas etiologías el consumo de AAS o anti-inflamatorios es frecuente. La prevalencia de *Helicobacter Pylori*, es menor en las úlceras sangrantes que en las no complicadas. Los pacientes con úlcera gastroduodenal asociada a *Helicobacter pylori* (Hp) deben tomar un IBP según la pauta de erradicación prescrita. Posteriormente, deben continuar con IBP 4 semanas en caso de úlcera duodenal o hasta completar 8 semanas si se trata de una úlcera gástrica (GR: fuerte, CE: alta).

En caso de úlcera gástrica sin Hp, el IBP debe proseguir hasta comprobar la cicatrización mediante endoscopia. En úlceras sin Hp ni toma de AINE/antiagregantes o úlceras refractarias, se recomienda dosis doble de IBP (GR: moderado, CE: fuerte).

En un 2-6%, la ausencia de malignidad en el estudio anatómo-patológico inicial, puede ser un falso negativo (GR débil, CE: moderada). El momento adecuado para la revisión endoscópica de úlceras gástricas, es entre 6 y 8 semanas, el tratamiento estándar con IBP, consigue cicatrizar la mayoría de las úlceras (GR: fuerte, CE: alta).

Infección por *Helicobacter pylori*: en todos los pacientes con HDA secundaria a úlcera péptica es necesario investigar la infección de manera precoz (fase aguda) y tras el tratamiento antibiótico apropiado (GR: fuerte, CE: alta), la erradicación de Hp elimina en casi su totalidad el riesgo de recidiva hemorrágica.

Existe una elevada tasa de resultados falsamente negativos, cuando la detección de Hp se realiza durante hemorragia aguda, es necesario repetir dichas pruebas cuando el resultado inicial es negativo (GR: fuerte, CE: alta). La tasa de falsos negativos de Hp en el episodio de sangrado es de 25-55%. La realización de endoscopia en hemorragia, permite la realización de test de la ureasa, rápido y sencillo, pero con poca sensibilidad diagnóstica.

Los pacientes de alto riesgo, gerontes y con severa co-morbidad, tal como enfermedad coronaria, deberían recibir transfusiones de glóbulos rojos, para mantener el hematocrito por encima de 30%. Los jóvenes y pacientes sanos, podrían ser transfundidos para mantener su hematocrito por encima de 20%. Los pacientes con sangrado activo y una coagulopatía, tiempo de protrombina prolongado con RIN > 1.5 o recuento de plaquetas < 50.000/microL, debieran ser transfundidos con plasma fresco y plaquetas respectivamente.

ESTUDIOS A SOLICITAR

a.- Estudios obligatorios:

Al ingreso al hospital es necesaria la determinación de la concentración de hemoglobina; ella puede permanecer en valores normales, hasta que acontece la hemodilución. Determinación de creatinina, electrolitos. La elevación de urea con creatinina normal, puede ser expresión de sangrado severo.

Grupo sanguíneo y pruebas cruzadas para transfusión.

Test de función hepática: actividad protrombínica del plasma

Endoscopia: se debe realizar después que la resucitación ha estabilizado al paciente; en cuanto a diagnóstico, la endoscopia es inequívoca. Para la determinación del sitio de sangrado posee una sensibilidad de 88% y una especificidad de 95%, mientras que, para el diagnóstico de úlcera, respectivamente es 95 y 99%. En la mayoría, se realiza dentro de las 24 horas del ingreso, ya que la rentabilidad diagnóstica no se modifica dentro de ese tiempo. Una excepción a este comportamiento, es la hemorragia por várices esofágicas. La endoscopia provee una exactitud diagnóstica o "accuracy" de 95%, permite conocer elementos importantes que inciden sobre el pronóstico y son predictores de riesgos.

Es necesario un diagnóstico preciso y que, además, provea las evidencias sobre riesgo de re-sangrado.

b.- Estudios opcionales o facultativos:

Monitoreo electrocardiográfico.

Oximetría de pulso.

Angiografía.

Gammagrafía con glóbulos rojos marcados. No todos los lugares poseen la tecnología necesaria para su realización. La sensibilidad diagnóstica es muy variable según las series y puede tener amplias oscilaciones entre 20 y 90%

Contraindicación de solicitud de estudios baritados.

CONDUCTA INICIAL

El 70 a 80% de los sangrados se detienen espontáneamente.

La mayoría de los pacientes mueren por causas no relacionadas con la hemorragia. La descompensación cardiopulmonar representa el 37% de mortalidad. Por eso, una rápida y apropiada resucitación, debe preceder a cualquier medida diagnóstica (GR: fuerte, CE: moderada).

- Manejo inicial: es recomendable el uso de un protocolo multidisciplinario. El equipo de profesionales que evalúa pacientes, debería estar integrado por: clínicos, gastroenterólogos, endoscopistas y cirujanos entrenados. Se debe proponer la inmediata evaluación y resucitación del paciente.

- Considerar la colocación de sonda nasogástrica: Raramente modifica el manejo y es muy molesta para el paciente. Se debe utilizar de manera muy restringida. El aspirado como indicador de calidad en el manejo, frente a dudas sobre HDA (GR: fuerte, CE: moderada).

Evaluación y estratificación de riesgo:

- Evaluar el estado hemodinámico: tensión arterial sistólica y frecuencia cardiaca, signos de hipoperfusión periférica. Para determinar la gravedad, se recomiendan clasificaciones validadas para estratificar 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 pre-endoscópico. Los pacientes con riesgo muy bajo, puntuación 0: presión arterial sistólica ≥ 110 mmHg, frecuencia cardiaca < 100 lpm, Hb 13g/dl en hombres o 12g/dl para mujeres, BUN $< 6,5$ mmol/l y ausencia de melenas, sin síncope, enfermedad hepática o fallo cardiaco, no requieren endoscopia urgente ni ingreso hospitalario¹⁰ (GR: fuerte, CE: moderada).

La combinación de información ha permitido el desarrollo de reglas de decisión y modelos predictivos, los que permiten identificar con precisión a los individuos, y ubicarlos según el riesgo de vida o recurrencia de la hemorragia. Luego de la evaluación, pueden ser candidatos a un alta temprana y al manejo ambulatorio, lo que ha permitido la disminuir la duración de las internaciones y por ende el costo.

- Tratamiento endoscópico:

Los protocolos específicos para el manejo de la HDA, deben incluir la disponibilidad de una endoscopia urgente, de un endoscopista capacitado en la realización de técnicas hemostáticas endoscópicas y además una enfermera entrenada en la realización de endoscopias urgentes (GR: fuerte, CE: baja).

Se recomienda la realización de una endoscopia precoz, dentro de las primeras 24 horas del ingreso, porque posibilita la estratificación del riesgo de recidiva y el alta precoz de pacientes de bajo riesgo, además permite la realización temprana del tratamiento endoscópico en 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 horas, reduce la estancia hospitalaria (GR: fuerte, CE: 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 un síndrome coronario agudo, con perforación o en aquellos con inestabilidad hemodinámica persistente (GR: fuerte, CE: baja).

Intubación endotraqueal, en pacientes con hematemesis y estado respiratorio o mental alterado, puede facilitar la endoscopia y disminuir el riesgo de aspiración.

La resucitación inicial en pacientes en shock puede comenzar antes del ingreso hospitalario: con vías endovenosas e infusión de cristaloides y administración de oxígeno.

- Manejo Hospitalario: lo prioritario es el soporte circulatorio, antes de la determinación del

sitio de sangrado. Recién después de haber alcanzado los objetivos de la resucitación, que es la estabilización del paciente, se debe realizar la endoscopia. Al menos se debe lograr una vía gruesa y comenzar con la administración de solución salina (Solución Fisiológica) el ritmo de la infusión depende de la severidad del shock. Un meta-análisis reciente, ha demostrado que estos son superiores a los coloides (Dextrosa). Excepto en pacientes con hipertensión portal porque precipita la aparición de ascitis. Sangre en reserva (al menos 2 concentrados de hematíes). Reponer la volemia con cristaloides. No hay evidencia de que los coloides sean superiores al suero fisiológico (GR: fuerte, CE: alta).

Criterios de transfusión: 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 y 9g/dl. (GR: fuerte, CE: moderada). Sin embargo, en pacientes jóvenes, sin patología de base, termodinámicamente estables, y sin evidencia de sangrado activo, puede mantenerse conducta expectante con cifras de hemoglobina inferiores a 7g/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 10g/dl (GR: fuerte, CE: baja).

Corrección de los trastornos de coagulación. Se recomienda corregir los trastornos de coagulación, en pacientes tratados con anticoagulantes y hemorragia aguda (GR: fuerte, CE: baja). Dicumarínicos: Hay que valorar el riesgo-beneficio de mantener la anticoagulación en todos los pacientes. En pacientes con hemorragia moderada a grave, se recomienda como medida general, revertir la anticoagulación con dicumarínicos.

- Drogas: Tratamiento farmacológico pre endoscópico

Indicar dieta absoluta en los casos que sea necesaria la realización de endoscopia.

Procinéticos, metoclopramida/eritromicina vía endovenosa: 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: moderada).

Inhibidores de la bomba de protones (IBP) por vía intravenosa: Su administración intravenosa antes de la endoscopia disminuye el sangrado activo y los estigmas de alto riesgo, la necesidad de tratamiento endoscópico y la estancia media del paciente (GR: fuerte, CE: moderada), pero no ha demostrado que disminuya la recidiva, la necesidad de cirugía o la mortalidad.

Su administración no debe retrasar la endoscopia (GR: fuerte, CE: moderada).

Es especialmente importante administrar el IBP intravenoso si se prevé, que la endoscopia no se realizará de manera inmediata. La dosis recomendada es un bolo de 80mg de IBP intravenoso, seguido de una perfusión de 8mg/h disuelto en suero fisiológico, precipita en suero glucosado. Debe cambiarse la perfusión cada 12 h debido a la baja estabilidad de la molécula en solución. El único estudio aleatorizado utilizó esomeprazol por lo que, aunque es probable que todos los IBP sean equivalentes, se desconoce si otros IBP serán igualmente eficaces.

- Tratamiento endoscópico: debe usarse en pacientes que tienen evidencia endoscópica

mayores. La eficacia de este tipo de hemostasia se halla en el 90% de los casos. La endoscopia debe especificar la presencia y el tipo de estigma de hemorragia reciente, ya que predicen 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: úlcera con base de fibrina o con mancha de hematina dado el buen pronóstico. 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).

Estudios controlados han demostrado que el tratamiento endoscópico con métodos térmicos o de inyección, consiguen este objetivo de forma efectiva y se acompaña de un descenso significativo en los requerimientos de cirugía urgente con una mejoría en la supervivencia del paciente (GR: fuerte, CE: alta).

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 termo-coagulación, con electrocoagulación bipolar o «heaterprobe») o inyección de esclerosantes (alcohol absoluto, polidocanol o etanolamina), de trombina o de adhesivo tisular.

Los endoscopistas que realicen la terapéutica deben ser experimentados en la aplicación de estos tratamientos; la gama de recursos terapéuticos puede ser muy variada.

Combinados: Los tratamientos endoscópicos usados tienen similar eficacia. Las fallas terapéuticas pueden hallarse en el 10% o menos; en estos casos se propone un segundo intento de hemostasia endoscópica. Un 20% de fallas puede observarse en algún tipo determinado de úlceras (grandes con sangrado activo de pared posterior de duodeno). Endoscopistas y cirujanos deben trabajar juntos.

NIVELES DE ATENCIÓN

a.- **Primer nivel:** (médico generalista: consulta ambulatoria. Estudios básicos a solicitar. Diagnóstico precoz. Diagnóstico presuntivo. Tratamiento si corresponde).

El manejo en este nivel es limitado, es prioritario comenzar con una rápida admisión hospitalaria, para brindar el soporte necesario a las posibles comorbilidades. Hasta efectivizar el traslado se deben realizar los controles de PA, pulso, estado mental, volumen urinario, hematocrito e inicio de la resucitación con la colocación de vías y administración de cristaloides (**solución fisiológica**)

b.- **Segundo nivel:** Especialista. Diagnóstico definitivo. Tratamiento especializado.

Manejo ambulatorio de pacientes de bajo riesgo de re-sangrado. Score Glasgow-Blatchford de con bajo puntaje. (GR: fuerte, CE: alta). Siempre estando muy alertas porque puede requerirse una internación. Una vez descartado el riesgo de mortalidad o re-sangrado, lo antes posible, los pacientes pueden ser externados y regresar al primer nivel de atención médica.

c.- **Tercer nivel:** Efecto institucional. Internaciones. Los pacientes de bajo riesgo y baja comorbilidad pueden iniciar dieta y ser dados de alta después de la endoscopia (GR: fuerte, CE: alta).

Por criterios clínicos, edad avanzada, shock hipovolémico y comorbilidad grave, como endoscópicos, Forrest Ia-Ib, deberían ingresar un mínimo de 72 h y mantener en ayunas durante las primeras 24 -48 horas, por si fuera necesario un segundo tratamiento endoscópico o quirúrgico.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO:

El control de los pacientes debe ser mediante los parámetros clínicos, hemodinámicas y hematocritos seriados. Eventualmente debe sumarse nueva endoscopia.

RIESGOS DE IATROGENIA

En los pacientes sangrantes de alto riesgo deben considerarse riesgos / beneficios del tratamiento endoscópico, tal como en aquellos que han tenido un infarto de miocardio reciente. Las complicaciones fueron más frecuentes en los pacientes muy severos (Apache \geq 16 o hipotensión previa a la endoscopia) 21% versus 2% en los controles.

En los pacientes con comorbilidad cardíaca se debe evitar sobrecargas de volumen. Evitar que pasen desapercibidos problemas de hemostasia que mantiene el sangrado.

Tratamiento con ácido acetilsalicílico y/o clopidogrel. Los pacientes que presentan una HDA y están en tratamiento con clopidogrel por su patología cardiovascular, presentan un riesgo elevado de recidiva hemorrágica y este riesgo es superior a la combinación de AAS y un IBP. (GR: fuerte, CE moderada).

Diversos estudios farmacológicos han postulado que los IBP podrían inhibir competitivamente la activación de clopidogrel por la enzima CYP2C19, incrementando el riesgo de eventos isquémicos en los pacientes tratados conjuntamente con IBP y clopidogrel. La evidencia de mejor calidad sugiere que la interacción farmacológica entre IBP y clopidogrel no tiene consecuencias clínicas (GR: fuerte, CE: moderada).

Tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Ningún AINE ha demostrado ser superior a otro en términos de eficacia, para el control del dolor por lo que si hablamos de respuesta clínica no se puede recomendar ningún fármaco específicamente. Los pacientes de alto riesgo cardiovascular, deben evitar el uso de AINE, si es posible o administrar dosis bajas de celecoxib con un IBP. Esta combinación reduce, sustancialmente, aunque no elimina del todo el riesgo de resangrado. (GR: fuerte, CE: alta).

La falta de controles clínicos y bioquímicos adecuados puede impedir el diagnóstico temprano de re-sangrado y la demora en el tratamiento específico con aumento del riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guillermo Martínez S, Pedro Figueroa N, Javier Toro P, Carlos García C, Attila Csendes J: Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento; Rev. cir. Santiago dic.2021. vol.73 n°.6 <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>
- 2.-I.M. Gralnek, J-M. Dumonceau, E.J. Kuipers, A. Lanas, D.S. Sanders, M. Kurien, *et al.* Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy., 47 (2015), pp. 1-46
- 3.-Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group. Ann Intern Med. 2019; [Epub ahead of print 22 October 2019]. doi: 10.7326/M19-1795
- 4.- Sanders DS, Perry MJ, Jones SG, McFarlane E, Johnson AG, Gleeson DC, Lobo AJ.: Effectiveness of an upper-gastrointestinal haemorrhage unit: a prospective analysis of 900 consecutive cases using the Rockall score as a method of risk standardisation. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2004 May; 16(5):487-94.
- 5.- Almela P, Benages A, Peiro S, Anon R, Perez MM, Pena A, Pascual I, Mora F.: A risk score system for identification of patients with upper-GI bleeding suitable for outpatient management. Gastrointest Endosc. 2004 Jun;59(7):772-81