

Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia no variceal del tubo digestivo proximal

Diagnóstico

Coordinador: Dr. Pedro Brito-Lugo

Participantes: Dra. Lidia Moreno-Terrones, Dr. Fernando Bernal-Sahagún, Dr. Gastón González-Espínola, Dr. Javit Kuri-Guinto, Dr. Alfredo López-Ureta, Dr. Manuel Marañón-Sepúlveda, Dr. Leopoldo Santiago-Vázquez

¿QUÉ MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y EN QUÉ ORDEN SE DEBEN APLICAR ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA?

Es indispensable una valoración clínica inicial enfatizando factores de riesgo, por ejemplo, edad, alcoholismo, toma de medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes, antecedente de enfermedad ácido péptica, enfermedades concomitantes, etc.

Características de la hemorragia como: aspecto, cantidad, tiempo de evolución, recurrencia, repercusión hemodinámica, datos de choque, etc. Se recomienda seguir los criterios de ATLS.

Toma de muestras sanguíneas, BH completa, glucosa, urea y electrolitos, pruebas básicas de coagulación, grupo sanguíneo y rh, así como pruebas cruzadas.

No se recomienda colocar una sonda nasogástrica.

Nivel de evidencia V. Recomendación D.

Una vez valorada la gravedad de la hemorragia, en los casos leves y sin datos de choque, el paciente deberá ser vigilado, la endoscopia se puede diferir a más de 24 horas, dependiendo de la evolución.

En los casos graves, tan pronto las condiciones clínicas del paciente lo permitan, se practicará el estudio endoscópico, teniendo en cuenta que el procedimiento es potencialmente terapéutico, se debe contar con los recursos mínimos indispensables.

Se enfatiza en la necesidad de que el endoscopista, debe de estar capacitado.

Nivel de evidencia I. Recomendación A.

¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES DE LA EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA, CUÁNDO DEBE SER URGENTE Y CUÁNDO PROGRAMADA, EN CUÁLES ENFERMOS NO SE REQUIERE?

La endoscopia está indicada en todos los casos de hemorragia del tubo digestivo alto, excepto en los pacientes en estado de choque grave o con una contraindicación formal para el procedimiento (perforación concomitante, insuficiencia respiratoria grave, negativa del paciente).

Consideramos que una endoscopia urgente (dentro de las primeras 24 horas) se debe de realizar una vez estabilizado el paciente (adecuar ATLS), mientras mas rápido se haya practicado, son mejores la posibilidades de encontrar la causa de la hemorragia y de realizar un método de control endoscópico de la misma, con repercusiones en el costo beneficio.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: RADIOLOGÍA DE CONTRASTE, ANGIOGRAFÍA, TAC, USE, RMN, ETC.?

No hay ninguna indicación de radiología con medio de contraste por vía oral, en el diagnóstico de la hemorragia digestiva.

La angiografía selectiva se puede realizar, en caso de falla de la endoscopia, por hemorragia torrencial o endoscopia “negativa”, en este caso la angiografía es útil para la hemorragia de origen oscuro y podrá ser un procedimiento terapéutico.

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE FORREST PARA LA HEMORRAGIA

Grado	Características	% reactivación de hemorragia sin tratamiento
Ia	En chorro	100
Ib	En capa	17-100
IIa	Vaso visible	8-81
IIb	Coágulo adherido	14-36
IIc	Lesión pigmentada	0-13
III	Sin estigmas	0-10

Los estudios de imagen como TC, USE y RMN, no tienen ninguna utilidad en la hemorragia digestiva alta no variceal.

¿QUÉ UTILIDAD TIENE LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DURANTE LA ENDOSCOPIA?

Una de las ventajas de la endoscopia temprana es localizar la lesión activa y estigmas mayores de riesgo, en la úlcera péptica, que es una de las tres causas más frecuentes de hemorragia se debe utilizar la clasificación de Forrest, para el pronóstico y el tratamiento (*Cuadro 1*).

Nivel de evidencia I. Recomendación A.

¿QUÉ UTILIDAD TENDRÍA UNA SEGUNDA ENDOSCOPIA?

En los casos en que la primera no logre establecer el diagnóstico (paciente mal preparado, hemorra-

gia masiva, etc.), puede ser muy útil una segunda endoscopia, que debe ser practicada a la brevedad posible.

REFERENCIAS

1. Palmer KR. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage guidelines. *Gut* 2002; 51(Suppl. 4).
2. Taha AS, Angerson WJ, Knill-Jones RP, Blatchford O. Upper gastrointestinal haemorrhage associated with low-dose aspirin and anti-thrombotics drugs – a 6 year analysis and comparison with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 22: 285-8.
3. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivilis S, Remus K, Mayer I, Iswara K, Tenner S. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(4): 619-22.
4. Chan YM, Med M, Goh KI. Appropriateness and diagnostic yield of EGD a prospective study in a large Asian hospital. *Gastrointest Endosc* 2004; 59(4): 517-24.
5. Pardo A, Durández R, Hernández M, Pizarro A, Hombrados M, Jiménez A, Planas R, Quintero E. Impact of physician speciality on the cost of nonvariceal upper GI bleeding care. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(6): 1535-42.