



# Caso Clínico:

# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Dra. Ainara SÁNCHEZ PUY

Dr. Jesús María ALIENDE

# ENFERMEDAD ACTUAL

- Paciente mujer 57 de años
  - dos vómitos de aspecto sonrosado (no claramente hemáticos)
  - No ingesta de gastroerosivos (AINES ni ASS)
- No dolor abdominal, no fiebre ni clínica infecciosa.
- En los últimos dos meses se encuentra más cansada y episodios autolimitados de deposiciones con heces negras.

# ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No HTA, no DM, no DL, no enf gástrica ni cardipulmonar
- Hace un año: anemia que trató con hierro.
- No IQ, no hábitos tóxicos.
- Tto habitual: Natecal D Flash, Condrosan 400mg

## EXPLORACIÓN FÍSICA

- PA: 151/74 mmHg, Tª 36,6°C.
- No inestabilidad hemodinámica ni signos de hipoperfusión.
- Tacto rectal: sin sangrado activo, no dolor a la exploración, no fisuras, manchado de heces normocoloreadas, hemorroide externa no dolorosa ni trombosada.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS en Urgencias

- **Analítica:**

- BQ: Glu 190, Urea 50; Cr 0.89; Na 138; K 4; Cl 102; Lipasa 66; GOT 27; GPT 20

- Hematología: Hb 7.5g/dL; Hematocrito 24.3%; Plaq. 313000/mL; Leuc. 7200 mL; Neutrófilos 4700 mL

- Coagulación: INR 1

- Proteínas: Proteína C reactiva 2 mg/L

- **Pruebas cruzadas**

- **Rx de tórax**: no hallazgos de patología aguda.

- **Rx abdomen**: gas y heces en marco cólico (no se encontraron signos de perforación)

- **ECG**: rítmico a 96 lpm, sin alteraciones en la repolarización.

- **Tacto rectal**: no sangrado, heces normocoloreadas.

# PRUEBAS DE LABORATORIO HEMORRAGIA DIGESTIVA

1. Hemograma: si la hemorragia ha comenzado recientemente (<24h) la Hb y Hto pueden ser normales.
2. Electrolitos.
3. Creatinina y urea (si Urea 2-3 > normal con Cr normal sugiere HDA)
4. Coagulación.
5. Pruebas de función hepática.
6. Pruebas cruzadas.

# ACTITUD EN URGENCIAS

## ¡Estabilización hemodinámica!

+ Omeprazol 2 ampollas en 100 Suero Salino Fisiológico.

Posteriormente: perfusión de Omeprazol 3 ampollas en 500 Suero Salino en 10 horas.

+ Reservamos 4 concentrados de hematíes.

**Se comenta con Endoscopista,  
se decide ingreso en Digestivo  
para transfusión y  
gastroscopia en 24 horas**

# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Se define como el sangrado procedente del esófago, estómago y primera parte del intestino delgado.

Puede presentarse como:

- Hematemesis: sangre roja, fresca o en "poso de café".
- Melenas: heces negras, brillantes, pegajosas, malolientes.

# ETIOLOGÍA DE HDA

1. Secundaria a HTP: peor pronóstico y en pacientes más graves

- Varices esofágicas

2. No secundaria a HTP:

- **Úlcera péptica gastroduodenal**: 50%

  - + Tomas de AINES

  - + Helicobacter pylori

- **Hernia de Hiato**

- **Esofagitis**: causa rara de HDA (2ª a úlcera esofágica)

- Síndrome de Mallory - Weiss: 15%. Típica de alcohólicos, sangrado autolimitado.

- Otras causas menos frecuentes: neoplasia (sangrado oculto crónico), duodenitis, angiodisplasias, hemobilia....

# DIAGNÓSTICO HDA

## 1. ANAMNESIS

- Historia previa HDA, úlceras o dispepsia.
- Edad.
- AINES o ASS.
- Hábitos tóxicos: alcohol.
- Enfermedades hepáticas.
- Historia de vómitos.
- Coagulopatías, ttos anticoagulantes o antiagregantes.

## 2. EF y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración general detallada.
- Control de constantes.
- Analítica completa: BQ, hemograma, iones, función hepática y renal, coagulación.
- Rx. Tórax y abdomen.
- ECG.
- Estimar la pérdida sanguínea.

# VALORACIÓN DEL ESTADO HEMODINÁMICO

HD

Estado hemodinámico

↓ Volemia

*LEVE*

Normal

< 10%

*MODERADA*

TA sistólica > 100  
FC < 100  
Ligera VC periférica

10 - 25%

*GRAVE*

TA sistólica < 100  
FC: 100 - 120  
Evidente vasoconstricción

25 - 35%

*MASIVA*

TA sistólica < 70  
FC > 120  
Intensa vasoconstricción

> 35%

# ÚLCERA PÉPTICA GASTRODUODENAL

- **Es la causa más frecuente de HDA** (las que más sangran: duodenales)
- HDA: suele ser en >50 años, indoloro y se Dx por endoscopia
- 80% dejan de sangrar espontáneamente en las primeras 8 horas

## CLASIFICACIÓN DE FORREST

Hemorragia activa	Ia Ib	Hemorragia en chorro Hemorragia en goteo
Hemorragia reciente	IIa IIb IIc	Vaso visible no sangrante Coágulo adherido Mancha plana
Ausencia de signos de sangrado	III	Base de fibrina

## HELICOBACTER PYLORI

- La mayoría de los infectados no desarrollan úlcera.
- Síntoma: epigastralgia 1,5-3 horas después de las comidas.
- Se alivia con alimentos o con antiácidos/antisecretores

## ÚLCERAS POR AINES

- Inhiben la COX → inhiben prostaglandinas que protegen mucosa gástrica y la lesionan → favorece la aparición de úlceras y HDA.
- Sensación de vacío en el estómago 1-3 horas después de las comidas.

# VARICES ESOFÁGICAS

- Causa más frecuente de HDA en pacientes cirróticos.
- La mayoría de las hemorragias ocurren en los 2 primeros años desde el descubrimiento de las varices.
- Las variables que más influyen en la aparición de un primer episodio de HDA son: estadio C de Child, varices grandes y varices de puntos rojos.
- Alta mortalidad y elevado riesgo de sepsis o peritonitis bacteriana espontánea.



# HERNIA DE HIATO

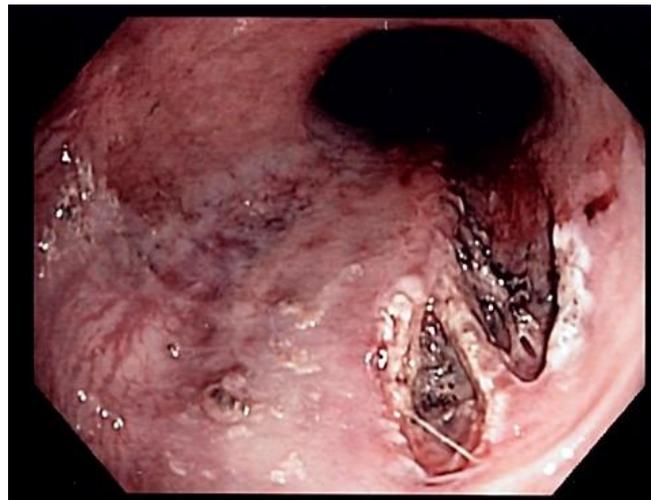
- Es la herniación de un órgano abdominal a través del hiato esofágico.
- La mayoría son asintomáticas.
- La complicación más frecuente es la hemorragia gastrointestinal recurrente, crónica, asintomática y oculta.
- Tríada de Brochardt: arcadas e incapacidad para vomitar, distensión epigástrica e incapacidad para introducir una SNG.

# ESOFAGITIS

- Causa poco frecuente de HDA.
- Puede ser desde asintomática hasta producir intensa odinofagia, disfagia, hemorragia o perforación.

# MALLORY WEISS

- Laceraciones en la mucosa del esófago, normalmente causados por fuertes y prolongados esfuerzos para vomitar o toser.
- Suele estar producido por hábitos alcohólicos, trastornos alimenticios, epilepsia o ingesta de salicilatos.
- Aparece frecuentemente como un episodio de hematemesis después de fuertes intentos para vomitar o toser. Puede presentarse también como melenas.



# ACTITUD TERAPÉUTICA INICIAL

## 1. Estabilidad hemodinámica del paciente: reposición de la volemia!!!!

Primero: PRUEBAS CRUZADAS

-Dos vías periféricas de grueso calibre

-Soluciones isotónicas:

\* Ringer Lactato o Suero salino 0,9%.

\* HDA masiva: expansores plasmáticos.

-Transfusión: objetivo Hb >8g/dL, Hto >24%.

-Corrección de la hemostasia:

\* Pacientes anticoagulados: plasma, Konakion (vitK), Beriplex (factor de coagulación)

\* Plaquetas: Hemorragia activa y <50000 plaq.  
No hemorragia pero <10000 plaq.

## 2. Tratamiento farmacológico:

- IBP: 80mg de Omeprazol en bolo y posteriormente perfusión continua durante 72 horas (2 ampollas en 500cc de SF para pasar en 10h).

\* Mantener IBP durante 8 semanas.

- Si Helicobacter Pylori +: iniciar tratamiento erradicador.

### 3. Endoscopia alta:

#### Urgente:

- \* Sospecha de hemorragia 2ª a HTP (<6h)
- \* Inestabilidad hemodinámica.
- \* Hb <8g/dL.

#### **Contraindicaciones:**

- *Absolutas:* aneurisma disecante de aorta, perforación intestinal, shock no compensado.
- *Relativas:* IAM reciente, I. Cardiorrespiratoria, disminución de conciencia....

# NUESTRO PACIENTE.....

Ingres a cargo de **DIGESTIVO**:

- Hemorragia digestiva alta.
- Anemia.
- 57 años.

**SOSPECHA DIAGNÓSTICA:**

- Hernia de Hiato.
- Úlcera gastroduodenal.
- Esofagitis.

**PLAN:**

- Transfundir 2 concentrados de hematíes.
- Gastroscofia a las 24 horas del ingreso.
- Analítica post-transfusional.

## SEGUNDO DÍA:

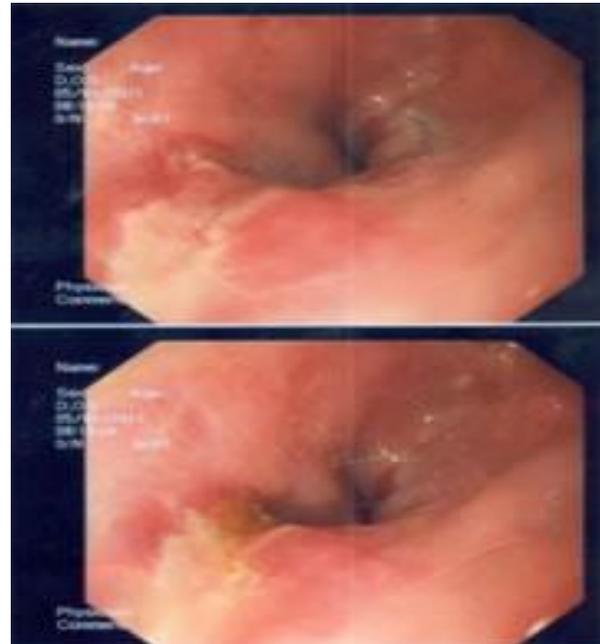
### Analítica post-transfusional:

Hematíes 3.69 millon/ $\mu$ L, Hemoglobina 9.0 g/dL,  
Hematocrito 28.6 %, VCM 77.4 fL, Plaquetas 239.0  
 $\times 1000/\mu$ L, Leucocitos 6.1  $\times 1000/\mu$ L ----- $\rightarrow$  Ha mejorado

**Gatroscoopia:** sedación iv. Buena tolerancia.

- Esófago: En 1/3 distal, se localiza **lesión ulcerosa** de alrededor de 1 cm, friable, homogénea, con restos de **fibrina en su superficie.**

**Hernia de hiato** de 2 cm.



- Estómago: En unión entre cuerpo y fundus, en curvadura menor, **lesión ulcerosa con fibrina** en su superficie de 3 mm de longitud.



- Duodeno: Bulbo y 2ª porción duodenal sin hallazgos.

CUARTO DÍA: TA: 130/70, Tª 36°, FC 64, SatO2 97%.  
Diuresis 1600 cc.

### **Analítica:**

BQ y pruebas de función hepática dentro de parámetros de normalidad.

INR 1.08

Hematíes 3.76 millon/ $\mu$ L, Hemoglobina 9.1 g/dL,  
Hematocrito 28.5 %, VCM 75.8 fL, Pla $\alpha$  240.0 x1000/ $\mu$ L,  
Leuc 5.4 x1000/ $\mu$ L

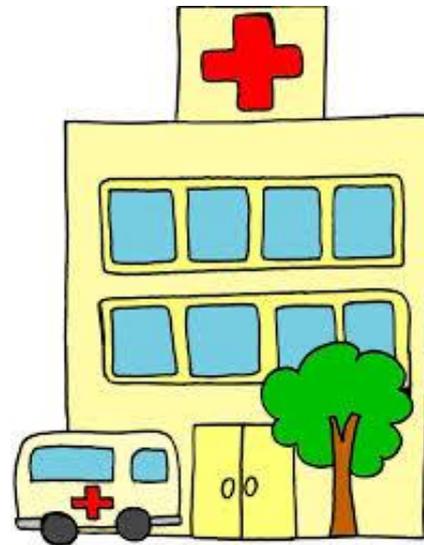
Dado sus antecedentes de anemia crónica sin estudiar hace tiempo se solicita **Colonoscopia**:

exploración hasta fondo de ciego con los hallazgos de:  
divertículos abundantes en sigma y descendente.

Diagnóstico: Diverticulosis colon izquierdo.

# TRATAMIENTO AL ALTA DE NUESTRA PACIENTE

- Dieta sin residuos durante 1 semana.
- Omeprazol 20mg vía oral cada 12 horas durante 8 semanas.
- Mantener su medicación habitual.



Gracias

