




HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

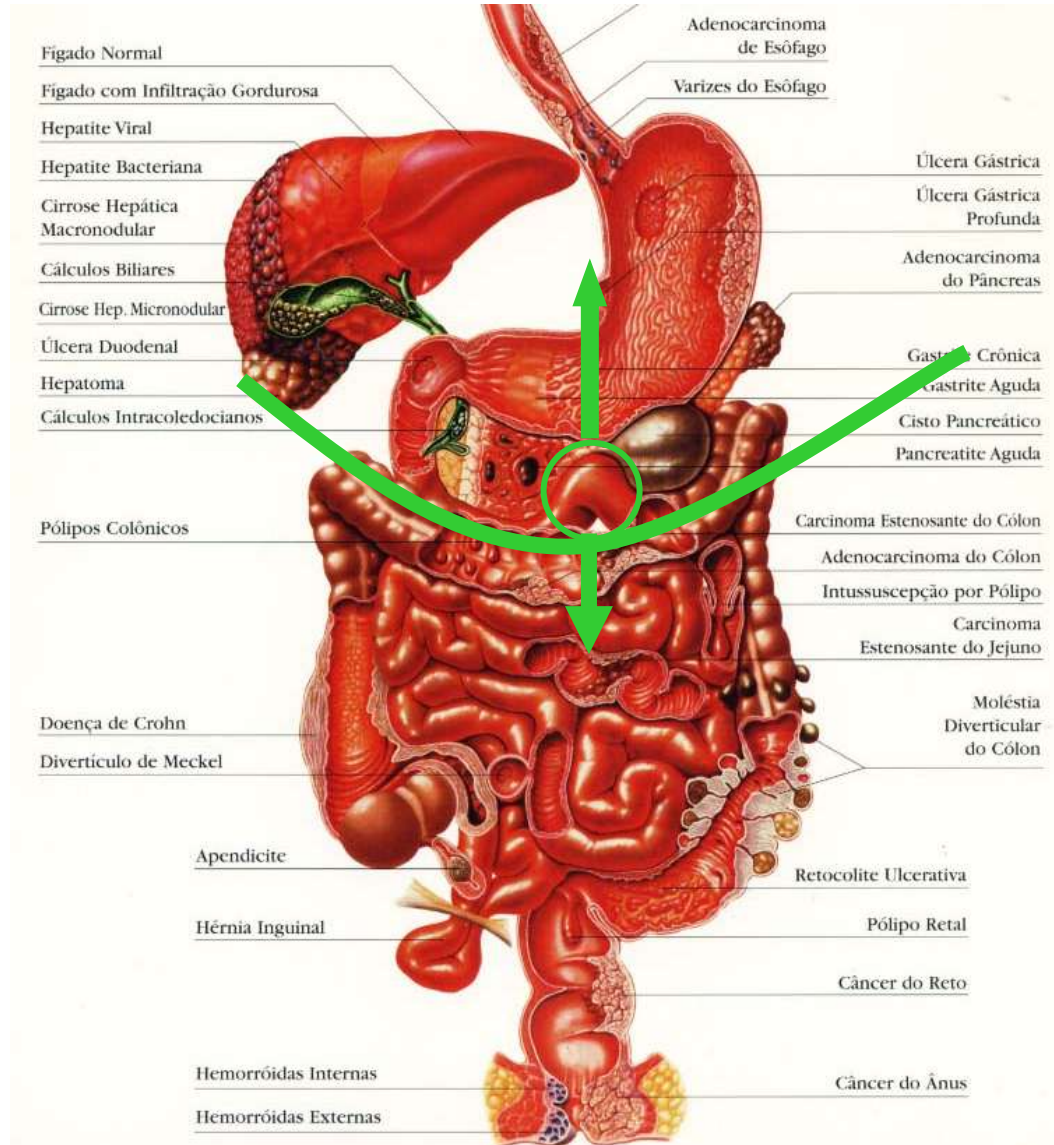
HDA

- Incidencia anual 170 casos por 100.000 adultos
- HDA más del 80% de las hemorragias agudas
- Aumenta con la edad
- Más frecuente en varones
- 1-2% de los ingresos en urgencias
- Complicación habitual en pacientes hospitalizados
- 5 – 10 % de los pacientes hospitalizados por HD  Tto Q
- Índice de mortalidad: 5%

HDA

- Definición:
Sangrado digestivo por lesión proximal al ángulo dudenoyeyunal de Treitz.

HDA



HDA

Anamnesis

- Hematemesis
- Melenas
- Enterorragias
- Sd funcional anémico

**SEGÚN DÉBITO Y
LOCALIZACIÓN**

HDA

- La hematemesis ocurre en el 30-50% de los pacientes con HDA y permite definir el sangrado por encima del ángulo de Treitz
 - VE, Mallory, esofagitis: 80%
 - Lesiones gástricas: 70%
 - Lesiones duodenales: 60%
- ***Expresa superior cuantía y gravedad que la melena***

HDA

- La melena requiere sangrado más lento, persistencia en tubo digestivo al menos 8 hs (oxidación de la Hb----Hematina)

HDA

- **La *Organización Mundial de Gastroenterología (O.M.G.E.)*** acepta como criterio diagnóstico de HDA la referencia por parte del paciente de vómitos de sangre fresca o con coágulos, pero cuando el propio enfermo o sus familiares refieren vómitos oscuros o en "posos de café" o melenas, exige su comprobación por parte de personal sanitario calificado.

HDA

- Establecer diagnósticos diferenciales
 - Hemorragia de otro origen que se manifieste ocasionalmente como hematemesis o melenas
 - Epistaxis, Hemoptisis, Gingivorragias
 - Pseudohegematemesis
 - Bebidas cola, café, vino tinto
 - Pseudomelenas
 - Sales de bismuto, hierro

HDA

ANAMNESIS

- **Cuando**
- **Cuantos días**
- **Volumen**
- **Frecuencia**
- **Calidad**
- **Repercusión** { hematológica
hemodinámica
- **Tratamiento** { SNG
Vías { Hidro-electrolítica
Reposición { Hematológica
- **Evolución**

HDA

ETIOLOGÍA

Edad (adenok)

Antecedentes familiares y personales de lesiones digestivas

Episodios previos de sangrado

Enfermedades concomitantes (coagulopatias, e intervenciones quirúrgicas previas, exploraciones digestivas anteriores , toma de fármacos potencialmente gastroerosivos)

Fármacos gastroerosivos (FGE), salicilatos y el resto de AINES, los corticoides, anticoagulantes (heparina y dicumarínicos), aumentan el riesgo de aparición de HDA.

Escasa fiabilidad de la historia clínica y la exploración física para determinar el origen de la hemorragia, con un índice de fracasos que llega al 60%.

Muy importante para distinguir entre pacientes con historia HEPÁTICA previa o no.

HDA

Etiología → Cáncer ? Dispepsia atípica

Extensión lesional

Repercusión general (AAAAA)

Hepato-biliar

T.D.B

T.U.

A.P- CA.FU.D.A.L.I.A

HDA

Examen físico

Al ingreso

Conciencia

Controles clínicos

SNG / Hematemesis?

TR- Melenas?

En Sala

Reitera sangrado?

Controles clínicos

UCI ?

HDA

Examen físico

Conciencia, Pulso, P y M (anemia, estigmas de hepatopatía crónica, equímosis)

PP-

CV-

ABD- Tumoraciones

Visceromegalias

T.R

Paciente dinámico

HDA

- Diagnósticos
 - Positivo: HD
 - Diferencial: No
 - Severidad: Leve, moderada, severa, shock

HDA

SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA

HIPOVOLEMIA	CLINICA	PERDIDA VOL
NULA	(-)	10-15% (500-700 ml)
LEVE	taquicardia leve, hipotensión ortostática, frialdad extremidades	15-25%(750-1250 ml)
MODERADA	FC: 100-120 PAS < 100, sudor, oliguria	25-30% (1250-1750 ml)
GRAVE	FC >120 , PA < 60 estupor, pulso tenue, anuria	35-50% (1750-2500ml)

HDA

- Topografía: alta
- Etiológico: gastroduodenitis, lesión ulcerada, vrices, cáncer, otros

HDA

ETIOLOGÍAS

Úlcera péptica	35-50 %
Erosiones G-D	8-15%
Esofagitis	5-15%
Várices E-G	10-15%
Mallory-Weiss	5%
Neoplasias	5%
Otras	5%



HDA

- No variceal (85%)
 - Autolimitada en 85% de los casos
 - Persistencia o recidiva 10-15%
- Variceal

HDA

- Etiopatogenia: agresores/defensa, H.Pylori, duodenal/gástrica
- Anatomía patológica
- Extensión lesional
- Estadificación
- Topografía
- Repercusiones
- Asociación lesional
- Terreno

HDA

Paraclínica

Clasificación ABO y Rh

Hemograma

Crisis

Rutinas, Rx tx, ECG, Anestesista

HDA

Paraclínica

FGC

Confirma diagnóstico y topografía

Valora asociación lesional

Criterios resangrado (Forrest)

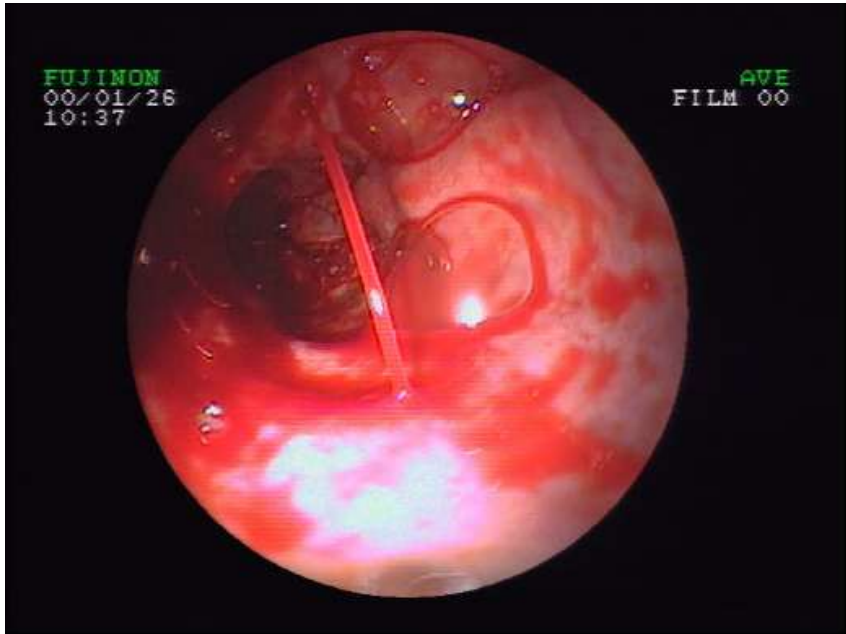
Terapéutica

HDA

CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE LAS ÚLCERAS

Clasificación de FORREST	Aspecto endoscópico	Recidiva hemorrágica
Hemorragia activa		
Ia	Hemorragia en chorro	55%
Ib	Hemorragia en babeo	
Hemorragia reciente		
IIa	Vaso visible no sangrante	43%
IIb	Coágulo adherido	22%
IIc	Hematina	7%
Ausencia signos de sangrado		
III	Base de fibrina	2%

HDA



Forrest Ia

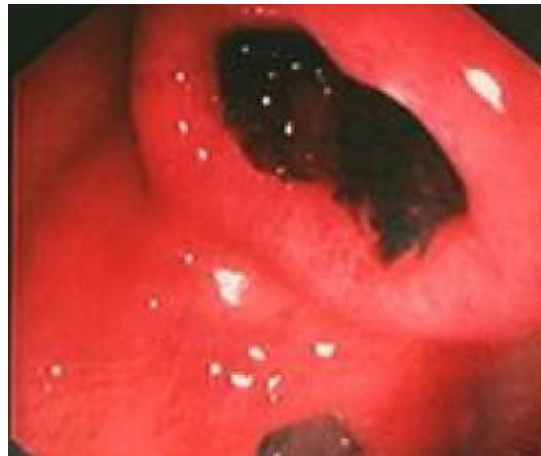


Forrest Ib

HDA



Forrest II a



Forrest II b



Forrest II c

HDA



Forrest III

HDA

Tratamiento

Objetivo:

Equipo multidisciplinario

Estabilización hemodinámica



Médico

Identificar foco

3 Pilares



Endoscópico

Hemostasis



Quirúrgico

Tto definitivo

HDA

Tratamiento

Endoscópico

Identificar foco

Hemostasis

Indicación Forrest I y IIa

Ventajas

↓ Cirugía de urgencia

Hemostasis 70-90%

↓ Mortalidad global a 7%

↓ N° y Vol de transfusiones

HDA

Tratamiento

Quirúrgico

Hemostasis resangrado

Evitar nuevas complicaciones

Tto. enfermedad de base

Indicaciones:

No compensada

No respuesta tto

Resangrado

2° complicación

* Edad >60a

* Terreno

* Shock

* Hb <8

* >5 vol. GR

HDA

Sangrado variceal

Sonda balón de Sengstaken-Blakemore

