



Sangrado digestivo alto: Una revisión bibliográfica

Upper digestive bleeding: A literature review

Hemorragia digestiva alta: uma revisão da literatura

Carlos Edmundo Cárdenas-Martínez ^I
carloscardenasm@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0001-5438-6584>

Juan Carlos Cárdenas-Dávalos ^{II}
juan_carlos_c_88@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8916-8576>

Eduardo Santiago Vilcacundo-Martínez ^{III}
evilcacundo@esPOCH.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-4674-274X>

Dennis Patricio Troncoso-Bombón ^{IV}
dtroncoso@esPOCH.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-5378-8888>

Correspondencia: carloscardenasm@yahoo.com

Ciencias de la Salud
Artículo de revisión

***Recibido:** 30 de noviembre de 2020 ***Aceptado:** 20 de diciembre de 2020 * **Publicado:** 09 de enero de 2021

- I. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Docente en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- II. Médico Cirujano, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Riobamba, Ecuador.
- III. Estudiante, Escuela de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- IV. Estudiante, Escuela de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

Resumen

La hemorragia digestiva alta es una urgencia-quirúrgica que se presenta de varias formas entre estas tenemos la hematemesis, con vómito de sangre roja o con vómitos en posos de café, y la melena, también pueden presentarse como hematoquecia en el caso de sangrados digestivos masivos, ya que la sangre actúa como acelerador gastrointestinal, las causas más comunes de sangrado pueden ser las gastritis o úlceras debidas a estrés, traumatismos como por ejemplo causados por sonda nasogástrica y ciertos fármacos. Metodológicamente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa en idioma español e inglés en las bases de datos PubMed - Medline, Scielo, Elsevier, Cochrane y Redalyc. Se concluye que la úlcera péptica es la principal causa de hemorragia digestiva. Esta entidad es un problema frecuente en el mundo y es considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios, pero su incidencia es difícil de determinar, a pesar de la gran cantidad de reportes que se encuentran en la literatura médica.

Palabras clave: Sangrado digestivo alto; melena; hematemesis; sangrado digestivo.

Abstract

Upper gastrointestinal bleeding is a surgical-emergency that occurs in various ways, among which we have hematemesis, with vomiting of Rioja blood or vomiting in coffee grounds, and melena, can also present as hematochezia in the case of massive digestive bleeding. Since the blood acts as a gastrointestinal accelerator, the most common causes of bleeding can be gastritis or ulcers due to stress, trauma such as caused by nasogastric tube and certain drugs. Methodologically, a narrative bibliographic review was carried out in Spanish and English in the PubMed-Medline, Scielo, Elsevier, Cochrane and Redalyc databases. It is concluded that peptic ulcer is the main cause of gastrointestinal bleeding. This entity is a frequent problem in the world and is considered the major cause of morbidity and mortality in all age groups, but its incidence is difficult to determine, despite the large number of reports found in the medical literature.

Keywords: Upper digestive bleeding; melena; hematemesis; digestive bleeding.

Resumo

O sangramento gastrointestinal superior é uma emergência cirúrgica que ocorre de várias formas, dentre as quais temos hematemese, com vômito de sangue Rioja ou vômito em borra de café, e

melena, também pode se apresentar como hematoquezia no caso de sangramento digestivo maciço. Como o sangue atua como um acelerador gastrointestinal, as causas mais comuns de sangramento podem ser gastrite ou úlceras devido ao estresse, traumas como os causados por sonda nasogástrica e certos medicamentos. Metodologicamente, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa em espanhol e inglês nas bases de dados PubMed-Medline, Scielo, Elsevier, Cochrane e Redalyc. Conclui-se que a úlcera péptica é a principal causa de sangramento gastrointestinal. Essa entidade é um problema frequente no mundo e é considerada a principal causa de morbimortalidade em todas as faixas etárias, mas sua incidência é difícil de determinar, apesar do grande número de relatos encontrados na literatura médica.

Palavras-chave: Sangramento digestivo superior; melena; hematêmese; sangramento digestivo.

Introducción

El SDA es una urgencia quirúrgico-médica con un alto índice de morbilidad y mortalidad, esta es causada por la presencia de sangre en tracto digestivo alto, ubicados en los vasos sanguíneos o mucosas del esófago y el ángulo de Treitz.

Esto suele presentarse con la expulsión de sangre con el vómito (hematemesis) que puede ser de color rojo o negro, el color está en dependencia de la cantidad de ácido clorhídrico en el estómago y el tiempo de contacto, estos se deben diferenciar de sangrados extradigestivos como la hemoptisis y epistaxis.

En sospecha de un sangrado digestivo alto, la técnica de elección diagnóstica es la endoscopia superior además en algunos casos se utiliza como método terapéutico.

Es necesario la hospitalización en pacientes con hemorragias masivas, debido a que el internista podrá valorar mejor el estado general, la intensidad del sangrado, las medidas de reanimación y la aplicación del tratamiento intensivo.

Debido a la gran cantidad de ingresos hospitalarios a causa del sangrado digestivo alto, y las diferentes opiniones acerca de su manejo, fue necesario efectuar esta revisión actualizada de artículos científicos para dar a conocer, en el diagnóstico los resultados obtenidos con su respectivo tratamiento.

Desarrollo

Para poder combatir con la alta mortalidad a causa del sangrado del tubo digestivo, se han venido diseñando instrumentos capaces de desarrollar un mejor pronóstico para los pacientes.

En la actualidad se cuenta con la escala de Rockall y de Blatchford, las mismas que por su capacidad predictiva tienen una gran aplicación, no obstante, para su utilización se necesitan variables que no se disponen de manera inmediata al ingreso del paciente. Hoy en día estas escalas son las más utilizadas ya que dan un pronóstico de la evolución del paciente, así como la evaluación de recidiva hemorragia, ,necesidad de transfusión y de la mortalidad.

No existe un método conveniente de pronóstico para los pacientes con sangrado del tubo digestivo que sea de factible acceso; el lactato, se le relaciona con el pronóstico de mortalidad clínica, se manifiesta como una elección posible para la predicción de la mortalidad en los pacientes con sangrado del tubo digestivo alto. (Madrigal-Garibay et al., 2018, p. 41)

La tomografía computarizada es ventajosa para la especificidad y sensibilidad para ser empleada en los pacientes para averiguar la insuficiencia de terapia endoscópica. Este examen no es lo adecuadamente bueno para predecir la tasa posible de mortalidad y el riesgo de sufrir nuevas hemorragias en el paciente. (Madrigal-Garibay et al., 2018)

El tratamiento quirúrgico en el SDA ha disminuido gracias a eficacia y efectividad de los inhibidores de la bomba de protones, los antihistamínicos anti H2.

En el tratamiento para este inconveniente se utiliza omeprazol 80mg IV a bolo, seguido de infusión continua a 8 mg/h en 72h, debe ser casi estrictamente usado en aquellos que tengan estigmas de sangrado, el estudio endoscópico es el de elección para disminuir los riesgos de desangrado y por ende la morbimortalidad. (Jono et al., 2019)

Las operaciones más utilizadas si llegase a ocurrir el sangrado digestivo alto son Billroth I, II y la resección del borde gástrico, lo cual señala Czimek y otros autores. Además, en el estudio del mismo se confirma que el sangrado alto está ocasionado en un 62,2% por ulcera péptica duodenal. (Vilaseca et al., 2018)

Se dice que hay un 80% de probabilidades de que el paciente tenga un resangrado en la hemorragia digestiva alta no varicosa. Siempre y cuando esté dentro del contexto de la presencia de estigmas de riesgo de sangrado en el proceso endoscópico, lo cual es de suma importancia para determinar el pronóstico que junto a la escala de Rockall puntuamos y seleccionamos a los pacientes en riesgo

y aquellos que no tengan alta probabilidad de sufrir hemorragia, de esta manera poder aplicar estos términos en cualquier casa de salud. (Infante Velázquez et al., 2014)

Para pacientes con HDA no variceal en la cual presentan nuevamente un sangrado luego del primer tratamiento endoscópico, el mejor manejo va a ser como primera opción la realización de una segunda endoscopia con una posibilidad de terapia hemostática, en vez de la cirugía y en aquellos pacientes en la cual el sangrado no pueda controlarse con la segunda hemostasia endoscópica se efectuara terapia por radiología intervencionista (emolización) o cirugía, de acuerdo a la disponibilidad del personal y de equipos. (BPC). (Beltran Gárate & Yabar Berrocal, 2010)

HDA va a ser una emergencia relativamente común, sin embargo, la que es de causa varicosa por lo general suele ser letal. Hoy en día tenemos los nuevos avances en el tratamiento para pacientes en la cual presentan este tipo de lesiones (apoyados en la endoscopia terapéutica y en la atención en unidades especializadas e interdisciplinarias), se han reducido de forma significativa la recurrencia de ese sangrado y a la vez la necesidad de trasfudir, operar y prolongar la estadía hospitalaria.

Por otro lado, la hemorragia varicosa va a representar una de las mayores complicaciones de Hipertensión portal y va a ser la causa más importante de muerte en los pacientes que tengan cirrosis. La gran parte de pacientes con causa intrahepática de hipertensión portal van a presentar varices esofagogástricas debido a que esta vía proporciona el mayor flujo colateral a través de las venas gástricas corta e izquierda. (Moreira Barinag et al., 2018)

Los dos fármacos administrados (IBP vs Anti-H2) durante la revisión tuvieron efectos distintos, el fármaco que mejores resultados nos proporciono fue el IBP, que administrado antes de la endoscopia disminuyo los hallazgos endoscópicos de hemorragia grave. (7)

La endoscopia de Paquet nos ayuda con una clasificación por grados de las varices esofagogastricas, siendo el:

GRADO I una mínima protrusión de la pared esofágica.

GRADO II nódulos protruidos que ocupan dos cuadrantes.

GRADO III: varices presentes en los tres primeros cuadrantes, sin una orientación fija, de tamaño variable llegando a cursar desde pequeñas hasta un gran tamaño, cursando con protrusión, llegando a comprometer la mitad del tracto esofágico, pudiendo presentar signos rojizos.

GRADO IV: varices presentes en los tres primeros cuadrantes extendiéndose al cuarto cuadrante, sin una orientación fija al igual que en el grado III, evidenciándose un aumento en longitud y grosor y ocluyendo más de la mitad del tracto esofágico. (Moreira Barinag et al., 2018)

Existe gran probabilidad de que sea imposible la identificación clínica de una hemorragia digestiva alta de acorde a la OMGE, se acepta únicamente la referencia de parte del paciente, de la expulsión de hematemesis con presencia de sangre fresca o la existencia de coágulos, o la referencia de parte de familiares de pacientes o del propio paciente la expulsión de “Pozos de Café” siendo imprescindible la constatación de los mismos por el personal de salud. Solo en un cuarto de los pacientes no se presenta hematemesis o melenas en la sala de emergencia. La importancia clínica, un detallado examen físico y un interrogatorio de acorde nos orientan de mejor manera a un diagnóstico sindrómico.

La acción terapéutica en la hemorragia digestiva se aplica de distinta manera en cada individuo, en dependencia de la correcta utilización de los inhibidores de la bomba de protones, la accesibilidad de la terapia en los centros de cuidados intensivos y en último caso de la disponibilidad de terapias endoscópicas alternativas. Por lo tanto, es imprescindible contar con estudios clínicos y analíticos que den a conocer una estimación aproximada de riesgo de volver a resangrar e incluso las probabilidades de morir; logrando así que los pacientes con hemorragias masivas se realicen diversas intervenciones endoscópicas o quirúrgica a tiempo, los cuál evitará daños irreparables. (Winograd Lay et al., 2015)

Actualmente existen diferentes escalas encargadas de valorar el riesgo antes de la realización de una endoscopia. Dentro de las escalas más usadas se encuentra la de Rockall preendoscópico y la de Glasgow-Blatchford, mismas que son usados en todos los centros de atención primaria de salud, puesto que, al no contar con los equipos y materiales específicos para valorar a un paciente con Hemorragia digestiva ayudan a identificar los cosas de alto y bajo riesgo de sangrado, y mediante ello aplicar el tratamiento más adecuado para cada paciente. Cabe mencionar que la escalas de Forrest y el de Rockall también forman parte de este grupo de escalas diagnósticas a nivel mundial. (Winograd Lay et al., 2015)

La tasa de mortalidad por cirrosis hepática sigue siendo bastante alta, pues una de las principales complicaciones a este nivel son las hemorragias viscerales por hipertensión portal, sin embargo pese a la gran cantidad de estudios diagnósticos y terapéuticos para este tipo de complicaciones la mortalidad sigue siendo elevada. (20)

La HDA debido a sus características clínicas, tiene un alto índice de morbimortalidad. Cuando existen complicaciones, como disminución de la perfusión tisular se debe indicar la transfusión de glóbulos rojos como primera indicación, ya que esa indicación puede ayudar a salir del estado crítico del paciente con hemorragia masiva. Aunque muchas de las veces la hemorragia no suele ser masiva la transfusión en la indicación más eficaz. (Villanueva et al., 2013)

Además, se ha demostrado según estudios controlados que la técnica de transfusión restrictiva es muy eficaz y segura al igual que la estrategia liberal. Sin embargo se ha mostrado que la misma puede ser perjudicial en pacientes quienes tengan diagnóstico de anemia hipovolémica. Y especialmente en pacientes con hemorragia por hipertensión portal. Ya que puede llevar a una nueva hemorragia debido al aumento del rebote de la presión portal ocasionado por la restitución de la volemia tras hemorragia. (Villanueva et al., 2013)

En los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda grave, el resultado mejoró significativamente con la estrategia transfusional restrictiva, en la que el umbral de Hb fue de 7 g por dl, en relación con la estrategia transfusional liberal, en la que el umbral de Hb fue de 9 g por dl. La cifra más importante fue la mayor expectativa de vida observada con la estrategia transfusional restrictiva. Este beneficio probablemente se relaciona con el mejor control de factores predisponentes a la muerte, como las hemorragias ulteriores, la necesidad de tratamiento de rescate y los episodios adversos graves. (Villanueva et al., 2013)

Las personas con afección hepática tienen un mayor riesgo de hemorragia digestiva alta. La misma que es causa frecuente de morbimortalidad en este grupo de población. Debido al daño hepático severo, estos pacientes adquieren coagulopatía (un trastorno hemorrágico). Entonces, uno de los tratamientos del sangrado gastrointestinal superior es el factor VII activado humano recombinante, que es idéntico al factor VII humano.

La inspección incorpora dos ensayos clínicos aleatorios con 493 integrantes asignados al azar con diversas puntuaciones de Child-Pugh. Los ensayos obtuvieron un bajo riesgo de sesgo. La administración de rHuFVIIa no acorto el riesgo de mortalidad dentro de los cinco días (21/288 (7.3%) contra 15/205 (7.3%); razón de riesgo (RR) 0.88, intervalo de confianza (IC) del 95% 0.48 a 1.64, I2 = 49%) y dentro de 42 días (5/286 (1.7%) contra 36/205 (17.6%); RR 1.01, IC 95% 0.55 a 1.87, I2 = 55%) en comparación con placebo.

El estudio secuencial del ensayo verificó que se encontró evidencia suficiente para descartar que rHuFVIIa reducir la mortalidad en un 80%, pero no hay evidencia capaz para descartar efectos más reducidos.

El rHuFVIIa no incrementó el riesgo de acontecimientos desfavorables por el número de pacientes (218/297 (74%) y 164/210 (78%); RR 0,94, IC del 95%: 0,84 a 1,04, I₂ = 1%), acontecimientos desfavorables graves por acontecimientos desfavorables informados (164/590 (28%) contra 123/443 (28%); RR 0.91, IC 95% 0.75 a 1.11, I₂ = 0%) y eventos adversos tromboembólicos (16/297 (5.4%) contra 14/210 (6.7%); RR 0.80, IC 95% 0.40 a 1.60, I₂ = 0%) en comparación con placebo.

La hemorragia se puede presentar de diversas maneras, como: hematemesis, con vómitos de sangre o en posos de café y la melena. En el caso de sangrados digestivos masivos pueden presentarse como hematoquecia, debido a que la sangre actúa como acelerador gastrointestinal. Entre las causas más comunes de sangrado se encuentran las gastritis o úlceras debido a estrés, traumatismos (como los causados por sonda nasogástrica), ciertos fármacos como los AINEs y corticoides, el ácido acetilsalicílico, propranolol, entre otros; varices esofágicas, ingesta de cáusticos, y casos más raros como el Síndrome de Mallory-Weiss. El tratamiento dependerá de la cantidad del sangrado y de la situación hemodinámica del paciente, los fármacos que más se usan son los inhibidores de la bomba de protones como omeprazol o lansoprazol, los antagonistas H₂ como ranitidina, y los vasoconstrictores como la somatostatina. Se requiere de cirugía exploratoria en casos de sangrado grave.

La lesión que se encuentra con mayor frecuencia es la úlcera péptica con 141 pacientes (44,9%), siguiendo las lesiones erosivas con 114 pacientes (36,3%). Los tumores se encuentran en menor frecuencia con 18 casos (5,7%). La lesión de Dieulafoy se diagnosticó en 14 pacientes (4,4%). Existieron casos donde no se encontró ninguna lesión como responsable de la hemorragia al momento de la endoscopia (14 casos; 4,4 %).

En relación con la úlcera péptica, esta fue predominantemente duodenal (96 casos; 30,5 %). La localización gástrica resultó ser menos frecuente (45 enfermos; 14,3 %). Existieron casos con doble lesión, tanto en el estómago como en el duodeno o en ambas localizaciones.

Según la presencia de estigmas endoscópicos de hemorragia, la hemorragia activa se presentó en casos con úlcera péptica y otras lesiones (sobre todo tumores y lesión de Dieulafoy). (Winograd Lay, 2015)

El conocer los mecanismos etiopatogénicos no solo nos permite erradicar el *Helicobacter Pylori*, sino a regular el sistema neuroinmune antes, durante y después del daño tisular que conlleva a una Hemorragia Digestiva Alta. De esta manera nos permite lograr una regeneración tisular adecuada, mejorar la capacidad funcional del órgano sangrante e impedir la evolución tórpida de la enfermedad.

La etapa inicial de infección por *Helicobacter Pylori* se encarga de la entrada y penetración de los microorganismos al moco gástrico en el cual se establecen y llegan a multiplicarse. Es ahí donde la bacteria inicia la liberación de diversas sustancias tóxicas, que actúan como estimulantes en la respuesta inmunológica local incrementando la IgA secretora para el control de la infección. Los signos de actividad se establecen con los neutrófilos como principales células inflamatorias más los folículos linfoides.

La segunda etapa se caracteriza por un incremento de la respuesta inflamatoria, debido a que se presenta la integración tanto de linfocitos, células mastoides, macrofagos, neutrófilos y células no inmunes que al ser transportadas a la zona de lesión, inician la liberación de mediadores como: las citoquinas, metabolitos reactivos del O₂, eicosanoides y el sistema del complemento. Además los neuropéptidos liberados por las neuronas del sistema entérico permiten incrementar la respuesta inflamatoria, al mismo tiempo genera alteraciones estructurales y funcionales del estómago que ha sido colonizado por *Helicobacter Pylori*.

Hace más fácil a clínicos, gastroenterólogos, cirujanos y médico general, no sólo para buscar la terapéutica adecuada y erradicar la bacteria, sino también para dirigir la búsqueda de tratamientos específicos de regular el sistema neuroinmune.

La hemorragia digestiva alta causada por úlceras, es un factor principal grave de la enfermedad y la muerte entre los pacientes ingresados a UCI. Hay evidencia baja específica que indica que los inhibidores de la bomba de protones fueron más eficientes que los antagonistas de los receptores H₂ para prevenir la hemorragia digestiva alta en estos pacientes. (Toews, 2018)

“La hemorragia digestiva alta es una causa frecuente de ingreso hospitalario. El pronóstico es muy grave. Algunos pueden morir debido a una hemorragia no controlada. Las pruebas anteriores indican que varios tratamientos efectivos, incluyendo fármacos antiulcerosos y el tratamiento endoscópico, mejora el pronóstico de los pacientes que ingresan con hemorragia digestiva alta. El ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico. Su acción reduce la degradación de la fibrina, que

da formación a un coágulo de sangre. Los estudios han demostrado que el ácido tranexámico reduce la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta”. (Gluud et al., 2012, p. 1)

Pese a que la ligadura con banda, actualmente, no está indicada como una opción en el tratamiento de pacientes con varices pequeñas, la evidencia que brindan determinados estudios, para el uso de la ligadura con banda en pacientes con varices medianas y grandes, tiene una alta aceptabilidad como tratamiento alternativo y una amplia utilidad en la práctica clínica. La ligadura con banda disminuye significativamente la mortalidad de los pacientes, reduce las hemorragias digestivas altas, incluso aquellas hemorragias que fueron causadas por las mismas varices, sin que hayan tenido un tratamiento previo a este. Usualmente el tratamiento de ligadura con banda, tiende a utilizarse posterior a un fallo previo en el tratamiento con betabloqueadores no selectivos o su debida contraindicación. (Vadera et al., 2019)

Dentro de las causas de hemorragia digestiva alta, podemos mencionar que los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), estarían directamente relacionados con el riesgo de presentar hemorragia digestiva alta. Si recordamos el uso de los ISRS, para aquellos trastornos psiquiátricos, estos actúan inhibiendo la recaptación de serotonina; los ISRS también presentan una acción sobre el aumento de la secreción de ácido gástrico. Es decir, al aumentar la secreción de ácido gástrico, aumenta el riesgo de presentar cuadros de hemorragia digestiva alta.

En estudios analíticos observacionales y controlados, realizados por el Instituto de Gastroenterología y Hepatología (AGA), se demostró que los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS), efectivamente, están asociados a un aumento de riesgo significativo de presentar hemorragia digestiva alta. Debemos recordar, como tal, que la hemorragia digestiva es considerada como una de las emergencias médicas con una alta tasa de mortalidad a nivel global. Para lo cual, dicha institución recomienda el uso combinado de fármacos supresores de ácido gástrico, con el objetivo de disminuir la incidencia de hemorragias gastrointestinales. (Moayyedi, 2010)

Manejo Inicial

Evaluación y Reanimación

Debajo de este mensaje me pones tu partes parafraseada

Los pacientes presentan hematemesis(producto de la reacción de la sangre con los jugos gástricos) acompañado de gastralgia .Se evalúa al paciente buscado principalmente signos evidentes de hemorragia .

En pacientes hemodinamicamente comprometidos la evaluación inicial se realizará en UCI ,en el caso de pacientes inconscientes o desorientados será la historia clínica de este la principal herramienta para conducirnos a una impresión diagnóstica.

El examen precoz/inmediato a la pérdida sanguínea es fundamental con el propósito de corroborar la magnitud de la pérdida. Una frecuencia cardíaca superior a 100 lpm es un valor referencial del estado hemodinámico del paciente.

El empleo de la sonda gastronasal se recomienda en caso de emergencia cuando exista una excesiva cantidad de sangre en el estómago.

La capacidad predictiva de la escala de Glasgow -Blatchfoed necesaria para la estratificación del riesgo de la hemorragia digestiva prolongada .

Al tratar las Hemorragias digestivas se deben tomar en cuenta las siguientes pautas de tratamiento:

Intervención Endoscópica

La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal aconseja la realización de dicha intervención en los siguientes rangos:

A las 24 horas en pacientes estables y

12 horas en pacientes inestables.

Reduciendo relativamente la mortalidad.

Tratamiento Farmacológico

utilizado hasta la actualidad son los Inhibidores de la bomba de protones encargados de disminuir signos de sangrados.

IBP en bolo (omeprazol) 80 mg posterior a una de infusión cada hora.

Prosinéticos

Procurar el vaciamiento gástrico para mejor la visualización endoscópica mediante dosis única de eritromicina 250mg, I.V.

Se utilizan también en aquellos pacientes con enfermedad hepática o abuso del alcohol por ser un vasoconstrictor esplénico como la terlipresina además de un antibiótico (quinolona) por I.V.

Manejo posterior

Medicamentos antiácidos y erradicación del *Helicobacter pylori*

La tasa de recidiva de nuevo sangrado va del 3% al 20% asociadas con el *Helicobacter pylori*. Es necesario realizar análisis para identificarlo y si la prueba inicial es negativa, se requiere repetirla dentro de cuatro semanas. Una optativa es el análisis serológico o antígenos en heces. Para la erradicación de *H. pylori* se combina un IBP con antibióticos de amplio espectro (amoxicilina y claritromicina) por una semana. (Moayyedi, 2010)

La hemorragia digestiva alta (HDA), es una de los principales motivos de emergencia en gastroenterología, con una incidencia de 50 a 172 pacientes/100 000 habitantes por año en EE.UU. La tasa de mortalidad oscila entre el 4 y 15% y de resangrado con un 10 y 30% en EE.UU y Reino Unido. En Ecuador se han realizado dos estudios prospectivos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), en el primero de ellos se incluyeron pacientes con HDA varicosa y no varicosa y se obtuvo una tasa de mortalidad de 12,9% y de resangrado de 14,8% (41), así mismo, en otro estudio en donde se incluyeron pacientes con HDA de etiología ulcerosa (ulcera péptica) se halló una tasa de mortalidad y resangrado de 11,05% y 5,52% respectivamente por lo que se mantiene que ambos resultados son equiparables a los datos recolectados en diferentes países. (Jiang et al., 2015)

Métodos diagnósticos

Para el diagnóstico se toma en cuenta los datos de la historia clínica y el examen físico es muy importante no pasar por alto el tacto rectal y los exámenes de laboratorio, otros métodos diagnósticos son:

Gastroscofia: Este examen se debe realizar cuando el paciente haya sido estabilizado hemodinámicamente ya que esto va a reducir la necesidad de transfusiones, cirugías o estancia hospitalaria. Esta prueba permite conocer el riesgo de resangrado especialmente cuando hay una úlcera péptica, además la endoscopia ayuda a saber cuál es el tratamiento más conveniente.

Arteriografía: Este examen solo se realiza si no se ha podido encontrar el origen mediante endoscopia, es muy útil para detectar una mínima cantidad de sangre de ml-min. El riesgo que hay con este procedimiento es una embolización grave y como consecuencia una isquemia intestinal.

La vídeo cápsula endoscopia: Es la técnica con mejor uso en el momento de realizar el diagnóstico en un sangrado de origen oscuro. Este examen está indicado en pacientes que han tenido resultados

normales en la gastroscopia y la colonoscopia conjuntamente con una arteriografía esto se desarrolla previo al haber realizado una estereoscopia

Estereoscopia: Está indicado en personas en las cuales se haya descartado mediante una gastroscopia su origen gastroduodenal y de una colonoscopia su origen colónico. Esta técnica es realizada previa sedación del paciente lo mismo que nos va a permitir visualizar el intestino delgado y si es que aquí se encontrará una lesión sangrante se pueda realizar un tratamiento endoscópico.

Gammagrafía con Tc 99: Marca a los hematíes con Tc 99, el lugar de la hemorragia puede ser detectado por medio del contador gamma, este estudio es capaz de detectar sangrados de más o menos 0,1ml/min, cuya capacidad de diagnóstico abarca desde un 50 a 70%. Esta técnica tendrá un uso específico en sangrados en los cuales no presente un origen bien determinado. 19).

Conclusiones

La principal causa de Hemorragia Digestiva es la ulcera péptica con un 46 % en su presentación, siendo las más comunes de ellas las duodenales con un 53%, gástricas con un 35%, esofágicas con un 35% y mixtas con un 8%.

Representa una enfermedad muy común en la población, siendo mortal sin distinción de grupo etario; existen muchos estudios sobre esta entidad, aunque es difícil determinar su aparición.

Incluso con los estudios que se tiene sobre esta patología, su mortalidad está dada en un 8 a 12%, teniendo en cuenta que se usan los últimos avances tanto del diagnóstico como del tratamiento.

La patología cursa con ciertos signos como son la hematemesis o melena respectivamente, alteración de la hemodinámica del paciente, y la manera en la que se produce la pérdida de sangre tanto en velocidad como cuantía

No siempre se va a poder determinar la cantidad de sangre perdida, ya que en ocasiones no se sabe dónde es el punto de hemorragia, por lo que se ha acudido a aproximaciones para su determinación.

En estos pacientes se han visto factores de riesgo que empeoran el cuidado, por ejemplo la edad, magnitud de la hemorragia, alcoholismo, comorbilidades y el origen de la hemorragia, pudiendo ser esta arterial o venosa.

Referencias

1. Beltran Gárate, B., & Yabar Berrocal, A. (2010). HER2 expression in gastric cancer in Peru. *HER2 Expression in Gastric Cancer in Peru*, 324–327. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21263759/>
2. Gluud, L. L., Klingenberg, S. L., & Langholz, E. (2012). Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006640.pub2>
3. Infante Velázquez, M., Guisado Reyes, Y., Rodríguez Álvarez, D., Ramos Contreras, J., Angulo Pérez, O., & Winograd Lay, R. (2014). Riesgo de resangrado en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(6), 837–844. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000600004
4. Jiang, H.-Y., Chen, H.-Z., Hu, X.-J., Yu, Z.-H., Yang, W., Deng, M., Zhang, Y.-H., & Ruan, B. (2015). Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(1), 42-50.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2014.06.021>
5. Jono, F., Iida, H., Fujita, K., Kaai, M., Kanoshima, K., Ohkuma, K., Nonaka, T., Ida, T., Kusakabe, A., Nakamura, A., Koyama, S., Nakajima, A., & Inamori, M. (2019). Comparison of computed tomography findings with clinical risks factors for endoscopic therapy in upper gastrointestinal bleeding cases. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*, 65(2), 138–145. <https://doi.org/10.3164/jcbrn.18-115>
6. Madrigal-Garibay, J., Lozada-Pérez, C., Melchor-López, A., Vargas-Ayala, A., & Martínez-Nava, G. (2018). Lactato sérico como factor predictivo de mortalidad en pacientes con sangrado del tubo digestivo alto. *Medicina Interna de México*, 34(1), 38–45. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1597>
7. Moayyedi P, A., Martin, J., Leontiadis, G. I., Sreedharan Dorward, S., Howden, C. W., & Forman, D. (2010). Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones iniciado antes del diagnóstico endoscópico en la hemorragia digestiva alta. *Cochrane*. https://www.cochrane.org/es/CD005415/UPPERGI_tratamiento-con-inhibidores-de-la-bomba-de-protones-iniciado-antes-del-diagnostico-endoscopico-en-la
8. Moreira Barinag, O., Rodríguez Fernández, Z., Manzano Horta, E., Rodríguez Hung, S., Nazario Dols, A., & Martínez Pinillo, I. (2018). Conocimientos vigentes en torno a la

- hemorragia digestiva alta varicosa. *Revista Cubana de Medicina Milita*, 1–14. http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v47n3/a14_103.pdf
9. Toews, I., George, A. T., Peter, J. V., Kirubakaran, R., Fontes, L. E. S., Ezekiel, J. P. B., & Meerpohl, J. J. (2018). Interventions for preventing upper gastrointestinal bleeding in people admitted to intensive care units. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 544–550. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008687.pub2>
 10. Vadera, S., Yong, C. W. K., Gluud, L. L., & Morgan, M. Y. (2019). Band ligation versus no intervention for primary prevention of upper gastrointestinal bleeding in adults with cirrhosis and oesophageal varices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012673.pub2>
 11. Vilaseca, E., Rodríguez, H., Díaz, M., Arañó, M., & Rodríguez, A. (2018). Manejo del paciente portador de sangrado digestivo alto en el servicio de urgencias. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 47, 2–11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000100002&lng=es.
 12. Villanueva, C., Colomo, A., Bosch, A., Concepción, M., Hernandez-Gea, V., Aracil, C., & Guarnier, C. (2013). Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *New England Journal of Medicine*, 368(24), 2341. <https://doi.org/10.1056/nejmx130015>
 13. Winograd Lay, R., Infante Velázquez, M., Guisado Reyes, Y., Angulo, Y., Gonzalez, O., & Guerra, E. (2015). Escalas de predicción en el pronóstico del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 73. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000100009
 14. Winograd Lay, R., Williams Guerra, E., Rodríguez Álvarez, D., Ramos Contreras, J. Y., Guisado Reyes, Y., Angulo Pérez, O., & Infante Velázquez, M. (2015). Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 187-194.