

ESCALAS PRONÓSTICAS DE HDA

Escala de Rockall

Variables - Puntuación		
EDAD	< 60 años	0
	60 – 79 años	1
	>80 años	2
SHOCK	TAS >100 Fc <100	0
	TAS >100 Fc >100	1
	TAS < 100 Fc > 100	2
COMORBILIDAD	Ninguna	0
	ICC; C. Isquémica; Enfermedad grave	2
	I. renal; I. hepática; Neoplasia	3
ENDOSCOPIA	Sin lesiones; Base limpia; Mallory Weiss	0
	Resto de diagnósticos	1
	Neoplasia	2
SANGRADO	Ninguna; Manchas oscuras	0
	Sangre fresca; Coágulo; Vaso visible	2

Escala de Blatchford

Variables - Puntuación		
Urea sérica (mg/dl)	18,2-22,4	2
	22,4-28	3
	28-70	4
	≥ 70	6
Hb (g/dL)	Hombres ≥12-13	1
	10-11,9	3
	<10	6
Hb (g/dL)	Mujeres ≥10-12	1
	<10	6
	TAS (mmHg)	100-109
90-99		2
<90		3
Otros	Pulso ≥ 100	1
	Melena	1
	Síncope	2
	Enfermedad hepática	2
	Insuficiencia cardíaca	2

RIESGO SEGÚN E. ROCKALL:

- **Bajo riesgo:** < 2 puntos
- **Riesgo intermedio:** 3-4 puntos (No lesión en la FGS y además, sangre fresca en el estómago o el hematocrito <30% o ha presentado hipotensión).
- **Alto riesgo:** ≥ 5 puntos.

Erradicación *H. pylori*: Cuádruple terapia (Erradicación > 90%)

1. IBP/12h + claritromicina 500mg/12h + amoxicilina 1g/12h + metronidazol 500 mg/12 h durante 14 días.
2. Alergia a penicilina: IBP/12h + metronidazol + bismuto + tetraciclinas durante 10-14 días.

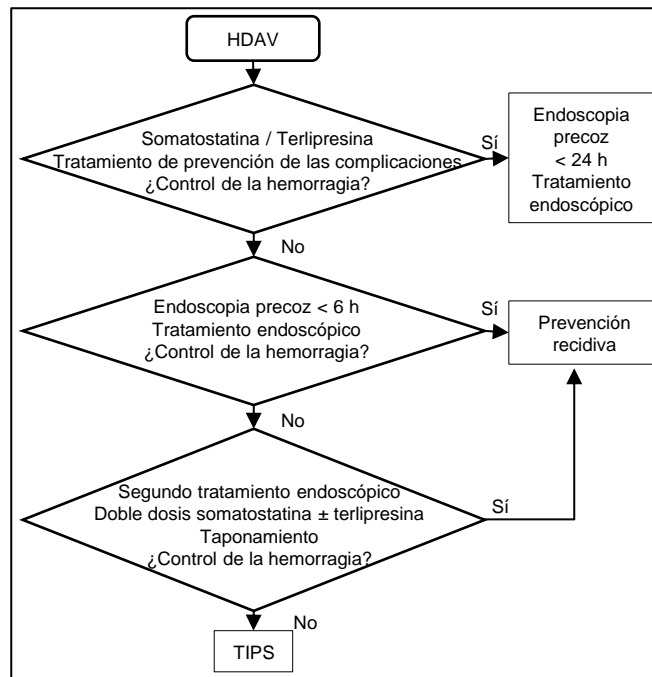
Manejo de la anemia.

- Pacientes estables, baja comorbilidad, sin enfermedad coronaria ni sangrado agudo: transfundir con Hb <7g/dL
- Pacientes de edad avanzada, comorbilidad cardiovascular o síndrome anémico: transfundir con Hb <9-10g/dL
- Ferroterapia. Vía oral. Vía intravenosa si no se tolera la vía oral, si existe necesidad de aportar gran cantidad de hierro o si es urgente conseguir respuesta en casos de anemia grave.

HDA VARICOSA (HDAV)

Es una de las complicaciones más frecuentes y graves asociadas a la cirrosis hepática. Mortalidad: 20%.

Figura 3. Tratamiento del paciente con HDAV



Tratamiento HDAV:

Fármacos vasoactivos: Inicio previo a la endoscopia.

– **Somatostatina:** Bolo inicial de 0,25 mg seguido de perfusión de 0,25 mg/h (3 mg en 250 cc de SSF en 12 horas) durante 5 días. Si no hemostasia doblar dosis o asociar terlipresina.

– **Terlipresina:** 2 mg/4h primeras 48h posteriormente 1mg/4h durante 5 días. Mejora la supervivencia.

Endoscopia: ligadura con bandas elásticas (LBE) o escleroterapia.

Profilaxis antibiótica: Norfloxaco 400 mg/12 h vo, Ciprofloxacino 400 mg/12 h iv o Ceftriaxona 1 gr/24 h iv.

Prevención encefalopatía: enemas de lactulosa, rifaximina.

Tratamiento de rescate: Taponamiento con balón, derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS).

Profilaxis secundaria: B-bloqueantes + LBE.

La corrección de la coagulopatía no modifica el pronóstico.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA



HDSEMES
GRUPO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Rebeca González González, Beatriz Rojano Martín,
Patricia Martínez Olaizola, Elena Aznar Andrés, Emili Gené
Tous, Pascual Piñera Salmeron, Xavier Calvet Calvo.
GRUPO DE TRABAJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SEMES

Definición.

- Hemorragia por lesiones proximales al ángulo de Treitz.
- Mortalidad alrededor 5%, principalmente derivada de las complicaciones de la patología cardiovascular de base.

Etiología

1. **HDA no varicosa (HDANV)** (80-90%; de ellos el 80% ulcus péptico)
2. **HDA varicosa (HDAV)** (10-20%)

Medidas Generales HDAV y HDANV.

- Estabilización hemodinámica precoz. Infusión de cristaloides.
- Canalizar dos vías periféricas (14 o 18 G).
- Pruebas complementarias:
 - Hemograma, bioquímica, pruebas cruzadas y coagulación.
 - Rx tórax y EKG si sospecha de descompensación de patología respiratoria y/o cardiovascular.
- No se recomienda la colocación rutinaria de SNG.
- En shock hipovolémico: Transfundir cristaloides y concentrados de hemáties (CdH) simultáneamente. No hay correlación entre hemoglobina y anemia.
- Si transfusión masiva, también plasma y plaquetas (4 CdH: 2 U plasma: 1 Pool plaquetas).



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

Manejo del paciente antiagregado

- Reinicio precoz (<72 h): si riesgo de complicación cardiovascular > riesgo de resangrado.
- Reinicio inmediato: si en endoscopia no hay estigmas de riesgo hemorrágico.
- Pacientes doble antiagregación (stent farmacoactivo): mantener dosis baja de aspirina y suspender clopidogrel durante corto periodo de tiempo.
- En todos los casos: IBP de mantenimiento

Manejo del paciente anticoagulado

- Individualizar. Valorar riesgo hemorrágico y trombótico.
- Hemorragia activa e inestabilidad hemodinámica: revertir coagulación urgentemente
- Importante conocer cuándo tomó la última dosis de ACOD.

	Dicumarínicos	ACOD	
		Dabigatran (Inhibidor directo trombina-FII)	Rivaroxaban, Apixaban y Edoxaban (Anti-Xa)
Test de coagulación alterados	TP (INR) ↑	TTPa ↑ y TTd ↑	TP ↑/- TTPa ↑ /- Anti-FX ↑
La normalidad de los test de laboratorio actuales no excluye la actividad del fármaco.			
HDA leve/moderado	• Vitamina K 20mg/iv	• Discontinuar la siguiente dosis.	
HDA grave/inestable	• Vitamina K • PFC 10 ml/kg iv • CCP 25-50 U/kg/iv	• Idarucizumab • CCPa 50-100 U/kg/iv • Hemodiálisis o hemoperfusión	• CCP 25-50 U/kg/iv
- Transfusión de hemoderivados si es necesario: concentrados de hematíes si anemia; pool de plaquetas si trombopenia o plaquetas no funcionantes (antiagregantes) - Endoscopia o cirugía cuando sea necesario			

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa; TP: Tiempo de Protrombina; INR: International Normalized Ratio; TTPa: Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada; TTd: Tiempo de Trombina diluida. PFC: plasma fresco congelado; CCPa: Concentrado de factores de protrombina activado. CCP: Concentrado de factores de protrombina.

- Reinicio precoz de la anticoagulación una vez conseguida la hemostasia: en las primeras 48h en pacientes de alto riesgo; antes del séptimo día en el resto .

HDA NO VARICOSA (HDANV)

a) Tratamiento farmacológico pre-endoscópico

- **Procinéticos:** No administrar sistemáticamente. Valorar en caso de hemorragia grave, aspirado hemático o endoscopia previa no diagnóstica por sangre en estómago.
→ 250mg eritromicina 30-120 min antes endoscopia.
- **IBP:** Bolo 80mg + Perfusión 8mg/h (disuelto en SSF/12h) [Ej. 100 mg (2,5 amp) en 250 ml de SSF/12h]

b) Endoscopia

- Ideal en las primeras 12-24 horas (ayunas 6 horas). Urgente si inestabilidad hemodinámica con paciente monitorizado.
- Tratamiento de elección en hemorragia activa. Permite estratificar el riesgo, el tratamiento endoscópico y tomar decisiones clínicas.

Clasificación de Forrest

Clasificación	Visión Endoscópica	Recidiva
Hemorragia activa		
Ia	Hemorragia en chorro	55%
Ib	Hemorragia en babeo	
Hemorragia reciente		
IIa	Vaso visible	43%
IIIb	Coágulo adherido	22%
IIc	Hematina	7%
Hemorragia sin signos de sangrado		
III	Base limpia de fibrina	2%

c) Tratamiento farmacológico post-endoscópico

- **Úlceras de riesgo (Forrest Ia-IIb):**
→ Perfusión 8mg/h (disuelto en SSF/12h) durante 72 h [Ej. 100 mg (2,5 amp) en 250 ml de SSF/12h]
→ Valorar: bolos de IBP 40 mg /12h iv ó IBP 40-80 mg/12h vo
- **Úlceras de bajo riesgo de sangrado (Forrest IIc-III):**
→ Inicio inmediato dieta oral
→ IBP oral: Omeprazol vo 20 mg/ 24h; Esomeprazol vo 20 mg/24h, Lansoprazol vo 30 mg /24 h, Pantoprazol vo 40mg/24 horas, Rabeprazol vo 40 mg /24 h.
→ Alta precoz

Mantener IBP 4 sem en úlcera duodenal y 8 sem en la gástrica.

Figuras 1 y 2. Tratamiento del paciente con HDANV

