

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>	
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>	
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>	
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008

<p><b>ELABORADO POR</b> JUAN PABLO SEDANO GUERRERO Médico Cirujano Intensivista HSJ</p>	<p><b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> 08 Septiembre de 2015</p>
	<p><b>APROBADA POR</b> Reunión del departamento Medicina Crítica HSJ.</p>
	<p><b>FECHA DE APROBACIÓN</b> 0x Septiembre de 200x</p>
	<p><b>FECHA DE REVISIÓN</b></p> <p><b>PRIMERA REVISION</b> 8 Septiembre de 2008</p> <p><b>SEGUNDA REVISION</b> 1 Septiembre 2015</p>
	<p><b>GRUPO REVISOR DE LA GUIA</b></p> <p><b>JUAN PABLO SEDANO GUERRERO</b> Médico Cirujano Intensivista HSJ</p> <p><b>MARIO GOMEZ DUQUE</b> Medico Intensivista. Jefe del postgrado UCI HSJ.</p> <p><b>MIGUEL CORAL PABON</b> Medico Intensivista. Jefe de la UCI. HSJ</p>
	<p><b>NÚMERO DE REVISIÓN</b> 2</p>

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>		
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>		
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>		
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008	Versión: <b>01</b>
		Página: <b>2 de 6</b>	

## 1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia de vías digestivas es una urgencia habitual que en muchos casos requiere el ingreso a UCI o representa una complicación superpuesta a aquellos pacientes que ya se encuentran en la misma. El sangrado masivo es definido como perdida de volumen sanguíneo estimado mayor al 30% de la volemia o requerimiento de transfusión mayor a 6 unidades de glóbulos rojos en 24 horas. Se manifiesta con síntomas como hematemesis, melenas, melanemesis y con menos frecuencia hematoquecia (1-3). La HVDA produce más de 500.000 hospitalizaciones anuales, con una incidencia de 170 casos/100.000 personas año. Las causas más frecuentes son: úlcera péptica, erosiones gastroduodenales, várices esofágicas y el síndrome Mallory Weiss. La tasa anual de incidencia para el sangrado bajo se estima en 20,5 a 27,0 casos por 100.000 pacientes en riesgo. La hemorragia alta por el contrario asciende a 100 y 200 casos por cada 100.000. Aunque la mortalidad asociada a esta patología ha disminuido, aún continúa elevada con tasas alrededor del 10-15%. Aunque del 80 a 85% de los sangrados por úlceras pépticas se resuelven espontáneamente, las lesiones que continúan sangrando (15-20%), necesitan tratamiento endoscópico, lo cual ha demostrado que disminuye el re sangrado (62%), las cirugías (64%) y la mortalidad en un 30-60% .

## 2. OBJETIVOS

Establecer patrones claros y concretos para el abordaje rápido y efectivo de la hemorragia digestiva alta y baja, permitiendo al clínico realizar un diagnostico precoz y dirigir un tratamiento efectivo para el control de la patología basado en revisiones científicas con adecuado poder de evidencia. Se tratara así mismo el aspecto de la reanimación precoz, ya que debe realizarse rápidamente en un paciente con sangrado activo.

## 3. METODOLOGÍA

Revisión de bibliografica por intermedio de buscadores médicos en Internet que permitan la revisión de artículos médicos para la toma decisiones clínicas basadas en la mejora evidencia disponible obtenida en estudios experimentales, estudios cohorte, serie de casos, y revisiones sistémicas

## 4. DEFINICIÓN

Es la pérdida de sangre por el tubo digestivo, según su evolución puede ser aguda o crónica y de acuerdo al volumen perdido o el tiempo en el que se ha perdido.

[www.es.mimehu.com/hemorragia/digestiva](http://www.es.mimehu.com/hemorragia/digestiva)

## 5. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

La prioridad es reconocer y reponer el volumen intravascular y prevenir el choque irreversible. Será motivo de ingreso a UCI sangrado gastrointestinal persistente, re sangrado o inestabilidad hemodinámica o pacientes con las siguientes características:

- Presión sistólica menor a 100 mm Hg al momento de ingreso
- Comorbilidad severa asociada
- PT mayor a 1.5 veces del valor de referencia

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>		
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>		
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>		
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008	Versión: <b>01</b>
		Página: <b>3 de 6</b>	

### 5.1 CLINICA

Podemos encontrar paciente ansioso, agitado u obnubilado según el volumen de pérdida sanguínea. Los pacientes con soporte ventilatorio pueden distensión abdominal, signos de sangrado por cavidad bucal o sondas gástricas.

Signos de hipo perfusión clínica, piel pálida, fría y diaforesis se acompañan generalmente con taquipnea, taquicardia, desaturación e hipotensión arterial.

Puede encontrarse pacientes inclusive sin dolor abdominal y solo sangrado digestivo. En algunos casos si se presenta dolor abdominal severo se debe realizar diagnostico diferencial con infarto agudo de miocardio, isquemia mesentérica, aneurisma disecante o perforación intestinal.

Deposiciones melénicas, con muestras de sangre negra o fresca o rectorragia franca.

Para la estratificación del riesgo se utilizan escalas de predicción de mortalidad como las de Rockall y Blatchford.

### 5.2 EXAMEN FÍSICO

Evaluación hemodinámica: presión sanguínea, características del pulso, saturación de O<sub>2</sub>, cambios de presión arterial posturales y signos de hipoperfusión periférica.

Estimación de la pérdida sanguínea: Medir el retorno obtenido por la sonda naso gástrico.

La presencia de melena indica sangrado gastro intestinal alto.

Si hay presencia de sangre o restos de sangre roja en ampolla rectal la presunción es de un sangrado gastro intestinal bajo.

Un 15% de los pacientes pueden tener ausencia de "cuncho de café" por sonda naso gástrica en presencia de sangrado superior.

### 5.3 EXAMENES DE LABORATORIO

- Cuadro hemático
- Hemoclasificación
- Glicemia
- BUN y Creatinina
- Electrolitos
- Reserva hemoderivados
- Pruebas de coagulación
- Gasometría arterial y venosa
- Pruebas de función hepática
- Bilirrubinas
- Sangre en heces
- Ferritina

### 5.4 IMÁGENES Y PROCEDIMIENTOS

Endoscopia digestiva

La endoscopia temprana es el método más efectivo y de fácil obtención para determinar el sitio y fuente del sangrado, es esencial para diagnóstico como tratamiento. La terapia endoscópica estándar en la actualidad consta fundamentalmente de dos métodos o dos terapias secuenciales: la terapia de inyección con adrenalina complementada con un segundo método, para configurar la "terapia dual": este segundo método complementario puede ser un método térmico (con sonda caliente o coagulación multipolar) o un método mecánico con endoclips.

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>		
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>		
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>		
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008	Versión: <b>01</b>
		Página: <b>4 de 6</b>	

Balón Neumotaponador de Minnesota o Sengstaken – Blackmore

El uso del Balón Neumotaponador de Minnesota o Sengstaken – Blackmore puede ser una medida salvadora en casos de sangrado severo cuando es utilizado por un personal con experiencia y entrenamiento en su manejo, sin embargo, su uso por personal inexperto es asociado con un incremento en el riesgo de muerte debido a perforación esofágica o aspiración pulmonar.

Shunt transyugular intrahepatico porto sistémico

El uso de Shunt transyugular intrahepatico porto sistémico (TIPS, por sus siglas en ingles) es una intervención radiológica que crea un tracto porto sistémico a través del parénquima hepático mediante la colocación de un stent metálico expandible entre 8 a 12 mm. El TIPS, es un método de rescate empleado en aquellos pacientes con sangrado por varices los cuales no han respondido a la terapia endoscópica. Sus limitaciones son el desarrollo de encefalopatía en cerca del 20% de los pacientes e ineficiencia del shunt debido a trombosis.

Tomografía con radio nucleótidos

En pacientes con sangrado digestivo una tomografía con radio nucleótidos es indicativa, hay dos tipos: La primera que utiliza un sello de tecnecio / sulfuro / coloide que es altamente sensitiva pero que solamente puede detectar sangrados ocurridos de 1 a 2 horas posteriores a infusión del medio. La segunda con sello tecnecio para glóbulos rojos marcados, puede detectar sangrado ocurridos hasta 24 horas posteriores al termino del sangrado.

Angiografía mesentérica

La angiografía mesentérica detecta sangrado arterial que ocurre a una velocidad igual o mayor a 0.5 ml / min, y puede ser tanto diagnostica como terapéutica, cuando la hemorragia es detectada una infusión de vasopresina local puede ser utilizada para detener la hemorragia en cerca del 90% de los pacientes, además de la embolización de lesiones tumorales no susceptibles de tratamiento quirúrgico.

Cirugía

En pacientes en cuyos casos el sangrado es continuo y su fuente no es detectada la intervención quirúrgica es recomendada, así como en aquellos que presentan recurrencia del sangrado por enfermedad diverticular.

## 5.5 ANATOMIA PATOLOGICA

Varices gástricas son la causa del sangrado en el 10 al 36% de los pacientes con hemorragia por varices,

La angiodisplasia y la enfermedad diverticular del colon derecho son los causantes de la mayor incidencia de sangrado digestivo bajo

## 5.6 ANALISIS DE RESULTADOS

Orientación terapéutica para manejos específicos se recomienda las siguientes pautas:

Sangrado que no es ocasionado por varice esofágicas

La terapia endoscopia es a demostrado mejorar la sobrevida en estos pacientes y es el tratamiento de elección

Estos métodos incluyen: Coagulación térmica del vaso sangrante, Inyección de epinefrina o agentes esclerosantes en el sitio de sangrado, Terapia con láser para producir coagulación del tejido

La rata de re sangrado en pacientes con sangrado activo o sangrado de vaso no visible (ulceras), es reducido en un 50% con esta terapia

Sin embargo un 20% de estos pacientes pueden tener recurrencia del sangrado

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>	
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>	
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>	
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008

#### Sangrado ocasionado por varices

Desde 1990 la escleroterapia endoscópica ha sido el método de elección para el control de la hemorragia por varices sangrantes

Recientemente la ligadura por banda a sido introducida disminuyendo el sangrado, complicaciones y mortalidad, obteniendo obliteración mas rápida que la escleroterapia

Hay evidencia consistente de que esta terapia dual es superior a la monoterapia con adrenalina sola y esto fue ratificado recientemente por un meta-análisis de Cochrane reduciendo el re sangrado de 18.5 a 10%, (RR 0.55 IC 95% 0.42-0.73), la cirugía de urgencia de 10.8 a 6.7% (RR 0.69 IC 95% 0.51-0.95) y la mortalidad de 4.7 a 2.5% (18)

En los pacientes con hemorragia gastrointestinal alta secundaria a úlcera péptica, utilice inhibidores de bomba de protones (IBP) luego de realizar tratamiento endoscópico. los IBP si permiten disminuir el resangrado en estos pacientes.

### 6. ORIENTACIÓN TERAPEUTICA

Establecer dos accesos periféricos de grueso calibre y monitoria central

Realizara reto a carga de cristaloides así:

Carga de 2000cc de cristaloides IV e inmediatamente valorar así:

- Si la presión arterial retorna a valores basales y se estabiliza, se estima que la pérdida sanguínea ha oscilado entre el 15 y 30% del volumen sanguíneo estimado. Continuar reanimación hídrica titulada

- Si la presión arterial aumenta pero vuelve a disminuir, se estima que la perdida sanguínea esta entre el 30 a 40%. Continuar reanimación hídrica generosa y con titulación según respuesta hemodinámica, considere hemoderivados

- Si la presión arterial continúa disminuida, posiblemente la perdida de volumen sanguíneo estimado es mayor al 40%. Continúe reanimación hídrica vigorosa + hemoderivados + Plasma + Inotropia?

En todos los casos anteriores solicite estudio complementario terapéutico y diagnostico descritos anteriormente tipo endoscopia.

Todos los pacientes deben tener sonda naso gástrica para descompresión gástrica y ver las características del sangrado.

Inicie transfusión de glóbulos rojos en presencia de sangrado rutilante o inestabilidad hemodinámica

Inicie transfusión de plasma fresco congelado en pacientes con sangrado activo y cuyo PT supere 1.5 veces el valor del control

Inicie transfusión de plaquetas si el recuento obtenido es menor de 50.000/mm<sup>3</sup>

Trasfundir plasma fresco congelado si se han usado mas de seis unidades de glóbulos rojos o 10 unidades de plaquetas durante la reanimación

El riesgo de aspiración es potencialmente alto en paciente con sangrado masivo y alteración del estado de conciencia, la intubación oro traqueal es recomendada en estos pacientes

En pacientes con sangrado masivo y evidencia clínica o historia de sangrado previo por varices esofágicas, la infusión de octreotide puede ser iniciada antes de la endoscopia

La endoscopia temprana es la piedra angular del manejo para el sangrado digestivo alto

Endoscopia temprana cumple tres funciones principales: Diagnostica, terapéutica y Estratifica el riesgo

La infusión de Octreotide, carga de 50 microgramos, seguida por una infusión de 50 mcg hora IV, ha demostrado reducir el riesgo de re sangrado temprano

Pacientes con antecedente de cirrosis tienen un riesgo alto de desarrollar infección, el uso de antibiótico profiláctico ha demostrado disminuir los episodios de infección bacteriana, bacteriemia, peritonitis bacteriana espontánea y mejoría de la sobrevida. Por lo anterior profilaxis contra Gram negativos es recomendada en aquellos pacientes con sangrado por varices y antecedente de cirrosis. Utilice Ceftriaxona

### 7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>		
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>		
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>		
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008	Versión: <b>01</b>
		Página: <b>6 de 6</b>	

No hay datos que sugieran que la colocación de sonda naso gástrica pueda iniciar o potenciar sangrado gástrico secundario a varices esofágicas  
El hematocrito tarda en estabilizarse 72 horas después de la última transfusión de glóbulos rojos  
Un hematocrito “normal” o “moderadamente bajo” no excluye sangrado activo  
Las repeticiones de controles hemáticos (htc/hb) cada 4 a 6 horas no son sensibles, efectivas y por el contrario incrementa costos sin repercusión clínica  
Las heces pueden contener restos hemáticos inclusive dos semanas después del último evento de sangrado.  
No hay evidencia que el lavado gástrico pueda parar el sangrado o prevenir el re sangrado  
No hay evidencia que vasoconstrictores como la vasopresina o somatostatina sean beneficiosos  
No hay evidencia que los bloqueadores H2 tengan impacto en el sangrado de ulcera activa o en el riesgo de re sangrado  
Omeprazol administrado oralmente (40 mgs cada 12 horas por 5 días) reduce el riesgo de re sangrado y cirugía en pacientes con ulcera péptica  
Parece que pacientes con re sangrado después de terapia endoscópica son mejor tratados con un “segundo tiempo” de terapia endoscópica que con cirugía de emergencia  
En pacientes con sangrado por varices, hay un riesgo del 40% de recurrir el sangrado dentro de las primeras 72 horas y un chance del 60% dentro de los primeros 10 días sin un adecuado tratamiento inicial  
El uso de la banda endoscópica más Octreotide es más efectivo que la terapia endoscópica sola para el control del sangrado y reduce la incidencia de re sangrado  
La combinación de un beta bloqueador no selectivo con nitroglicerina ha demostrado disminuir el riesgo de re sangrado en pacientes con cirrosis  
El uso del TIPS es recomendado para aquellos pacientes que continúan sangrado a pesar de terapia con banda / escleroterapia y farmacoterapia  
La rata de remisión en forma espontánea inclusive en la presencia de sangrado masivo es cerca del 80% en pacientes con sangrado digestivo bajo.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1. Barange K, Peron JM, et al. Tranjugular intrahepatic porosystemic shunt in the treatment of refractory bleeding from ruptured gastric varices. Hepatology. 1999; 30; 1139-1143
- 2. Bernard B, Grange JD. At al. Antibiotic prophylaxis for prevention of bacterial infections in cirrhotic patiente with gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. Hepatology. 1999; 29; 1655 – 1661
- 3. Corley DA, Stefan AM. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. Am J Gastroenterol. 1998; 93:336 – 340
- 4. Chung SS, Lau JY, et al. Randomised comparison between adrenaline injection alone and adrenaline injection plus heat probe treatment for actively bleeding ulcer. BMJ. 1997; 314: 1307 – 1311
- 5. Khuroo MS, Yattoo GN. Et al. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding petic ulcer. N Engl J Med. 1997; 336: 1054 – 1058
- 6. Kollef MH, Canfield DA. Triage considerations for patients with acute gastrointestinal hemorrhage admitted to a medical intensive care. Crit Care Med. 1995; 23; 1048 – 1054
- 7. Lin HJ, Lo WC. A prospective randomized comparative trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcer after successful endoscopic therapy. Arch Intern Med. 1998;18: 54-58
- 8. Peterson WL, Cook DJ. Antisecretory therapy for bleeding peptic ulcer JAMA. 1998;280:877-878
- Chiu PW, Sung JJ. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Curr Opin Gastroenterol. 2010; 26(5): 425-428.
- Jairath V, Barkun AN. Improving outcomes from acute upper gastrointestinal bleeding. Gut. 2012; 61(9):1246-1249.

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	<b>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ</b>	
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS</b>	
	<b>SANGRADO DIGESTIVO EN UCI</b>	
	Código: <b>AH-GC-136</b>	Fecha de Aprobación: Julio de 2008
		Página: <b>7 de 6</b>

- Chung IK. How Can we maximize skill for non variceal upper gastrointestinal bleeding:injection, clipping, burning or others?. Clini Endosc. 2012; 45 (3):230-234.
- Comparasion of risk scoring systems in predicting clinical outcomes at upper gastrointestinal bleeding patients in an emegency unit. Am J EmergMed. 2013; 31(3):94-98.
- Vergara M, Valvet X, Gispert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high risk bleeding ulcer. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 18 (2):CD005584
- Groot NL, Bosman JH, Siersema PD, Van Oijen MG. Prediction scores in gastrointestinal bleeding: a systematic review and qualitative appraisal. Endoscopy. 2012; 44(8):731-739.
- National Clinical Guideline Centre. www.nice.org.uk. [Online].; 2012 [cited 2012 10 15. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13762/59548/59548.pdf>.