

	PROTOCOLO HEMORRAGIA DIGESTIVA	REV. A
		22-06-2009

CONCEPTO:

Se considera **hemorragia digestiva** a toda pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, con una mortalidad que varía entre un 5- 20% en función de su origen, edad y patologías asociadas del paciente, recidiva del sangrado y aspecto endoscópico de la lesión sangrante.

CLASIFICACION:

Según su localización:

- **Hemorragia digestiva alta:** El origen del sangrado está por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta por hematemesis y / o melenas.
- **Hemorragia digestiva baja:** originada por debajo del ángulo de Treitz. Habitualmente se manifiesta por melenas, rectorragia y hematoquecia.

Según su forma de presentación:

- **Aguda:** Sangrado de aparición aguda y objetivable
- **Crónica:** pérdida de sangre persistente y escasa, a menudo sangre oculta en heces.

Según su intensidad:

- **Masiva:** causa shock hipovolémico y requiere transfusión de más de 5 concentrados de hematíes en las primeras horas
- **Persistente:** cuando continúa activa durante 24-48 horas sin conseguirse hemostasia efectiva
- **Recidivante:** reaparece tras 24 horas de hemostasia.
- **Autolimitada:** sangrado que cede en 24 horas y no precisa transfusión.

Según su gravedad:

- **Criterios clínicos de gravedad:**
 - Edad > de 60 años
 - Presentación aguda en forma de hemorragia masiva (sí provoca shock hipovolémico la mortalidad alcanza hasta un 12%.)
 - Recidiva hemorrágica
 - Enfermedades asociadas: insuficiencia cardiaca, hepatopatía, insuficiencia renal o coagulopatías

- **Criterios endoscópicos de gravedad:** Presencia de sangrado activo, tipo y tamaño de la lesión sangrante

CLINICA:

La hemorragia digestiva puede presentarse de diferentes formas:

1-Cuando la cuantía del sangrado es < de 50 ml no es visible macroscópicamente pudiendo detectarse sólo mediante estudio de **sangre oculta en heces**

2-Hematemesis Vómito de sangre roja, fresca o coágulos (HDA activa) o en "posos de café"(inactiva). Su presencia indica sangrado por encima del ángulo de Treitz

3-Melenas: Aparecen cuando el volumen de sangrado es \geq a 60 ml. Son deposiciones negras, de aspecto alquitranado, pegajosas y malolientes. Generalmente indican hemorragia digestiva alta, procedente de esófago, estómago o duodeno; aunque lesiones en yeyuno, íleon o incluso colon ascendente, si el tránsito intestinal es prolongado, pueden manifestarse en forma de melenas.

La ingesta de hierro, bismuto, regaliz y determinados alimentos como remolacha, espinacas, calamares en su tinta.. puede ocasionar heces negras pero no tienen la consistencia como alquitrán o brea típica de la melena.

4-Rectorragias: Emisión de sangre roja por vía rectal; sólo o mezclada con las deposiciones. Indica hemorragia digestiva baja.

5-Hematoquecia: Heces de color negro-rojizo. Generalmente la lesión es de localización distal al ángulo de Treitz, aunque pueden también manifestarse así, las hemorragias digestivas altas con sangrado masivo.

6-Síntomas propios de la anemia: Disnea, angor, taquicardia, insuficiencia cardíaca, palidez cutánea.

7-Síntomas debidos a la pérdida de volemia: Hipotensión, signos de baja perfusión, mareo, síncope, sudoración, sed y oliguria. ¡Ante un paciente con signos de hipovolemia, urea plasmática elevada y creatinina normal, sospechar H D aún en ausencia de hematemesis, melenas, rectorragia o hematoquecia!

ETIOLOGIA:

1) Causas de hemorragia digestiva alta:

-**Úlcus péptico:** constituye la causa más frecuente. Incluye úlcera duodenal, gástrica o yeyunal.

-**Lesiones agudas de la mucosa gástrica:** Gastritis, duodenitis, gastro-duodenitis y esofagitis por fármacos,

alcohol, stress, quemaduras, respiradores y enfermedades sistémicas severas

-Varices esofágicas: en enfermos cirróticos.

-Síndrome de Mallory-Weiss: desgarros en la mucosa de la unión esófago-gástrica causados por vómitos severos debidos a etilismo, ingesta de AINES, tos asmática persistente, maniobras de RCP o convulsiones.

- Neoplasias, lesión de Dieulafoy y otras

2) Causas de hemorragia digestiva baja:

Según la edad del paciente las causas más probables son:

-Recién nacido:

- Divertículo de Meckel
- Pólipos
- Colitis ulcerosa

-Adolescente y joven:

- Divertículo de Meckel
- EII
- Pólipos.

-Adultos:

- **< de 60 años:**
Divertículos
Pólipos
Tumores.
- **> de 60 años:**
Angiodisplasia
Divertículos
Colitis isquémica

El 90% de las hemorragias digestivas se deben a úlcus péptico, gastritis erosiva, varices esofágicas o sind. de Mallory-Weiss

VALORACION DEL ENFERMO:

¡TODA HDA ES UNA SITUACION URGENTE Y POTENCIALMENTE INESTABLE QUE PRECISA UNA VALORACION RAPIDA DE LA SITUACION HEMODINAMICA DEL PACIENTE!.

1) Valoración del estado hemodinámico:

Para estimar de forma inmediata la repercusión hemodinámica de la hemorragia digestiva, debemos **medir la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y explorar signos de mala perfusión periférica** en el paciente. De esta manera obtendremos una valoración aproximada de la cuantía del sangrado,

GRAVEDAD	REPERCUSION HEMODYNAMICA	CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA
Nula	Ninguna	<500 cc (10%)
Leve	FC<100 TAS>100 Vasoconstricción periférica leve.	500-1250 cc (10-25%)
Moderada	FC 100-120 TAS<100 Palidez cutánea, sudoración	1250-1750cc(25-35%)
Grave	Shock hipovolémico FC>120 TAS<60 Oligoanuria	>1750 cc (>35%)

La cifra del hematocrito carece de valor, en un primer momento, para estimar la gravedad de la hemorragia, puesto que puede ser normal hasta pasadas unas horas del inicio del sangrado.

Esta primera valoración es muy importante para conocer cual es el paciente hemodinámicamente inestable que requiere tratamiento inmediato.

Además de esta primera estimación del volumen de sangrado debemos considerar aquellos **factores que ensombrecen el pronóstico** y que dependen de:

- Edad del paciente (>60 años peor pronóstico)
- Tipo de lesión sangrante (varices esofágicas-mortalidad del 33%; ulcus péptico-mortalidad del 5-10%)
- Enfermedades previas del paciente

RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO (alguno de estos factores)	RIESGO ELEVADO (2 de los anteriores o alguno de estos)
Sin patología previa	Diabetes compensada	Diabetes descompensada
Buen estado general previo	Cardiopatía compensada	Insuficiencia respiratoria
	Neumonía sin alteración gasométrica	Insuficiencia cardíaca
	Hepatopatía	IAM reciente (3 meses previos)
	Tto crónico con glucocorticoides	Insuficiencia renal grave
	Tto crónico con hipotensores	Hepatopatía descompensada

2) Comprobar el sangrado digestivo y la localización aproximada:

- Descartar epistaxis y hemoptisis.

-Confirmar la presencia de melenas mediante tacto rectal o por visualización de las deposiciones. Descartar otras causas de deposiciones negras.La melena sugiere HDA o HDB con tránsito lento.

-Si el paciente refiere hematemesis podría colocarse una sonda nasogástrica y relizar lavados para comprobar sangrado activo, de todas formas, un lavado limpio no excluye HDA.

. i No colocar SNG si sospechamos varices esofágicas!. Hematemesis y lavado gástrico positivo indica HDA

- Hematoquecia y rectorragia indican generalmente HDB aunque pueden aparecer también en HDA masiva

DIAGNOSTICO

1) Anamnesis e historia clínica:

La anamnesis e historia clínica debe ser rápida y dirigida, mientras se estabiliza al paciente, interrogando a los familiares, y revisando informes médicos previos.

En la H. Clínica debe constar:

- La edad y calidad de vida del paciente
- La forma de presentación de la H Digestiva y su cantidad
- Si existen síntomas asociados: síncope, dolor torácico, disnea, debilidad, dolor abdominal
- Antecedentes personales del enfermo:

-HDA:

- Historia de hemorragia digestiva previa
- Ingesta de fármacos gastroerosivos-AINES, tratamiento con anticoagulantes orales
- Historia de reflujo esofagogástrico
- Ingesta de alcohol
- Historia de tos o vómitos (S. Mallory-Weiss)
- Existencia de enfermedades asociadas:
 - Enfermedad ulcerosa crónica o recidivante
 - Hepatopatía crónica con hipertensión portal (interrogar sobre existencia de complicaciones previas como ascitis, encefalopatía, peritonitis bacteriana espontánea y sobre tratamiento profiláctico previo: betabloqueantes, escleroterapia)
 - Coagulopatías
 - Injerto aorto-ilíaco por enfermedad vascular (posibilidad de fístula aortoentérica, que cursa con hemorragia masiva)
 - Situaciones asociadas a úlceras de stress: cirugía abdominal o torácica, TCE, IRA, sepsis..

-HDB:

Según la edad del enfermo:

- Jóvenes: Causas más frecuentes- hemorroides, fisuras anales y EII
- Edad avanzada: Tumores, divertículos y angiodisplasia

Según la clínica:

- Sangrado asintomático: divertículos, angiodisplasia o hemorroides
- Dolor abdominal: Enfermedad isquémica, EII, aneurisma, diverticulitis
- Diarrea sanguinolenta: EII, patología infecciosa
- Cambios en el ritmo intestinal sugieren neoplasia colónica

Historia de HDB previa:

____-El 70-80% son recidivantes y debidas a la misma causa iicial

Aspecto de las heces:

Ayuda a conocer el nivel del sangrado.

- Rectorragia ; lesiones anales y perianales
- Hematoquecia ; origen colónico
- Melenas; HDA o lesiones de intestino delgado o colon proximal.

2) Exploración física:

-La **primera valoración** del enfermo con hemorragia digestiva debe ser la **monitorización de constantes: TA y FC** para detectar los pacientes con compromiso hemodinámico y que requieren actuación inmediata.

- Exploración del **nivel de conciencia**

-Exploraremos la **coloración de piel y mucosas**, buscando signos de mala perfusión periférica y lesiones sugestivas de coagulopatías: petequias, hematomas, púrpura palpable.

-Exploración cuidadosa de la **cavidad oral y nasofaringe** para descartar sangrado de dicha procedencia.

-**Tacto rectal**, es fundamental para objetivar el color de las heces y confirmar la melena y para explorar posibles alteraciones locales: hemorroides, fisuras anales y masas rectales

-Buscar **estigmas de hepatopatía crónica**: arañas vasculares, ginecomastia, circulación colateral, ictericia...

-**Palpación del abdomen**, puntos dolorosos, signos de irritación peritoneal, **ascitis, hepatomegalia**, la presencia de **masas o linfadenopatías** sugieren neoplasia intraabdominal

3) Exploraciones complementarias:

A) BASICAS:

- Obtener **muestras de sangre** para:

- Hemograma completo
- Coagulación (Tiempo de Protrombina)
- Bioquímica: urea, creatinina, iones (Na y K) y glucemia
- Perfil enzimático hepático
- Pruebas cruzadas, grupo y Rh
- Gasometría arterial

-Realizar **ECG**

-Rx torax y abdomen

B) ESPECIFICAS :

→**Si se trata de una HDA,**

• **Endoscopia urgente:** Es la **técnica de elección** mediante la cual es posible:

-Identificar el origen del sangrado (>85% de los casos si se hace en las primeras 24 h)

-Realizar maniobras terapéuticas para conseguir la hemostasia.

-Valoración pronóstica en función del tipo de lesión, localización, tamaño y posibilidades de resangrado-Clasificación de Forrest

Clasificación de Forrest de la actividad del sangrado

Tipo de sangrado	Forrest	Descripción
Sangrado activo	Ia	Sangrado a chorro "en jet"
	Ib	Sangrado babeante o en sábana
Sangrado reciente	II a	Vaso visible
	II b	Coágulo adherido
	II c	Manchas negras / rojas
No sangrado	III	Lesión sin signos de sangrado reciente

Los pacientes con factores de mal pronóstico deberán quedar ingresados en el hospital. Los pacientes jóvenes, sin signos de sangrado activo o reciente en la endoscopia, pueden ser tratados de forma ambulatoria, tras permanecer en observación un mínimo de 12 h.

• **Arteriografía** : Permite localizar con precisión el origen del sangrado siendo la técnica de elección para valorar malformaciones vasculares. Ofrece también la posibilidad terapéutica de conseguir la hemostasia mediante embolización.

Requiere un sangrado > a 0'5 ml / min para poder objetivarse mediante el estudio radiológico.

Sus **indicaciones** son:

. Hemorragias masivas (la gran cantidad de sangre impide la visualización de la mucosa mediante endoscopia).

-Cuando el estudio endoscópico no detecta ninguna lesión y el paciente sigue sangrando activamente.

• **Ganmagrafía con hematíes marcados con Tc-99:**

Su única ventaja frente a la arteriografía es su mayor sensibilidad, pudiendo detectar sangrados de 0'1 ml / min. Como desventajas tiene su menor especificidad para localizar el punto de sangrado y que no permite maniobras terapéuticas.

•**Laparotomía exploradora:** Hemorragias masiva cuya causa no ha podido encontrarse con otras exploraciones menos agresivas

→ **En la HDB :**

•La **rectosigmoidoscopia** es la prueba inicial para el estudio de toda HDB. Permite localizar lesiones sangrantes de recto, sigma y colon descendente.

La colonoscopia no es útil en el estudio de pacientes con hemorragia activa y grave pues la visualización es escasa y aumenta el riesgo de perforación.

•**Angiografía:** Tiene mayor utilidad que en el diagnóstico de HDA. Indicada en pacientes con hemorragia grave y persistente. Permite la realización de maniobras terapéuticas (embolización, inyección intraarterial de sustancias vasoconstrictoras)

•**Ganmagrafía con hematíes marcados con Tc-99:** útil para detectar lesiones sangrantes con un débito de 0'1 ml/min

TRATAMIENTO

A) MEDIDAS GENERALES EN TODA H. DIGESTIVA:

Los pacientes inestables se ubicarán en la zona de críticos y el resto en zona de observación.

- 1) Mantener la **permeabilidad de la vía aérea** y administrar **oxigenoterapia:**

Oxigenoterapia: mediante VMK o si vómitos: gafas nasales

Asegurar una saturación del 90%. Gasometría arterial: PO₂ > 65 mm Hg

Si el estado del enfermo lo requiere se procederá a **IOT:**

- disminución del nivel de conciencia por la hipovolemia, encefalopatía hepática o drogas
- Imposibilidad de mantener la vía aérea permeable
- Insuficiencia respiratoria grave
- Hematemesis masiva

- 2) Colocación de **vías de perfusión:**

Canalizar 2 vías periféricas de gran calibre (cateter 14-16 G) para fluidoterapia y transfusión de concentrados de hematíes si se precisa.

En enfermos hemodinámicamente inestables se colocará una vía central (yugular o subclavia) que nos permitirá medir la PVC (5-10 cm de H₂O) para regular las necesidades de perfusión de líquidos.

- 3) **Reposición de volemia:**

¡Constituye una **medida prioritaria!**

Inicialmente es preferible la utilización de **soluciones cristaloides:** Suero Fisiológico o Ringer lactato. El ritmo de perfusión será el que nos permita mantener una TAS > 90 mm Hg, una FC < 100, una PVC de 5-15 cm de H₂O y una diuresis > 0'5 ml/ Kg/ h.

Si el enfermo lo precisa por su gravedad, podremos administrar **soluciones coloides** tipo Hemocé, coniguen mayor expansión intravascular pero pueden provocar coagulopatías.

- 4) **Dieta absoluta**

- 5) **Administrar CIK**, 60 mEq repartidos en sueros / 24 h

- 6) Colocación de **sonda vesical**

7) Monitorización de diuresis y constantes con frecuencia horaria

8) Control de deposiciones y vómitos

9) Reposo absoluto en cama

10) Transfusión de sangre y derivados:

Indicaciones:

-Hemorragia activa y síntomas de hipovolemia

-Hemorragia inactiva, cuando el enfermo ha perdido más de 1 litro de sangre.

-Cifras de Hematocrito muy bajas (<20-25 %). Si el Hcto está entre 25-30 % dependerá del estado del enfermo y de su patología de base. Con cifras de Hcto del 30% o superiores, no es preciso transfundir pues existe un aporte adecuado de oxígeno a los tejidos.

¿Qué transfundir?

En general: sangre total o concentrados de hematíes (2 concentrados como mínimo). Si se precisan 5 ó más concentrados administraremos también plaquetas (si trombopenia <50.000) y plasma fresco congelado (10-15 ml /Kg de peso)

Lo ideal es que se hagan pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea, grupo y Rh (tiempo mínimo de realización: 60')

En casos de urgencia extrema por hemorragia masiva administraremos sangre del grupo 0 Rh (-) sin pruebas cruzadas.

En enfermos muy inestables sangre isogrupo ABO y Rh compatible

Ritmo de infusión: 1 Unidad en 1 hora. En enfermos ancianos o con antecedentes de I. Cardíaca el ritmo de infusión será más lento, teniendo en cuenta que el máximo recomendado es de 4 horas. En estos enfermos administraremos 1 ampolla de Furosemida EV después de cada concentrado de hematíes siempre que la situación hemodinámica del paciente lo permita.

Por cada concentrado de hematíes transfundido se consigue un aumento de la cifra de Hcto del 3-4 % y de 1-1'5 gr/dl la de Hb.

Hay que **solicitar un Hcto de control** al menos **6 horas después de la transfusión** del último concentrado de hematíes.

11) Inhibidores de la secreción ácida:

Se suelen administrar a pesar que ningún estudio ha demostrado que tengan capacidad hemostática.

-Inhibidores de la bomba de protones:

Omeprazol 20 mg /12 h EV

Lansoprazol 30 mg/12-24 h EV

12) Tratamiento sintomático de los vómitos:

Metoclopramida- Primperan® 1 amp / 8 h EV

13) Si el paciente precisa **analgesia** es preferible utilizar Fentanilo o Meperidina- Dolantina®

14) **Sedación** (previa a la gastroscopia o en enfermos agitados) Utilizaremos BZD: Midazolam- Dormicum® o Propofol (vigilar depresión respiratoria e hipotensión)

15) Técnicas endoscópicas

Antes de solicitar una gastroscopia se debe informar al paciente o familiares de las características de la prueba solicitada así como de sus indicaciones y riesgos.

Endoscopia urgente-inmediata

- Antes de realizarla es preciso la estabilización hemodinámica del paciente

-Indicaciones:

-HDA masiva o grave y persistencia de la inestabilidad hemodinámica

-HDA activa y persistente

-Sospecha de HDA por rotura de varices

-Historia previa de cirugía de aorta abdominal-sospecha de fístula aorto-entérica. Si la endoscopia es normal habrá que realizar TAC o arteriografía.

Endoscopia diferida (en las primeras 24 h)

- En casos de HDA leve-moderada
 - En hematoquecia-rectorragia: sospecha de HDA. Si hay repercusión hemodinámica y analítica. En estos casos se puede colocar una sonda nasogástrica para confirmar aspirado hemático y hay que realizar una gastroscopia

Contraindicaciones de la endoscopia urgente

-Ausencia de indicación. No está indicada la realización de una endoscopia urgente para el diagnóstico sintomático de una HDA

-Negativa del paciente o falta de colaboración

-Shock o inestabilidad hemodinámica

-Alteraciones del nivel de conciencia

-Insuficiencia respiratoria grave

-IAM reciente

-Arritmia cardíaca severa

-Perforación de víscera hueca o abdomen agudo

-Trastornos severos de la coagulación

16) Cirugía urgente:

Indicada: en hemorragia masiva inicial con deterioro progresivo, hemorragia digestiva recidivante grave, persistente o complicada.

B) TRATAMIENTO ESPECIFICO SEGÚN LA ETIOLOGIA DE LA H. DIGESTIVA

1) HEMORRAGIA POR ULCUS PEPTICO:

La **endoscopia** es la **técnica de elección** tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y evaluación del riesgo vital del paciente.

Se debe realizar de forma precoz.

A) Diagnóstico: Nos **proporciona información sobre:**

-Localización, tamaño y número de lesiones

-Descripción del fondo de la úlcera

-Estado de la hemorragia

-Calidad de la exploración (mala colaboración, zonas no visualizadas por restos de sangre, coágulos, endoscopia incompleta)

B) Evaluación del riesgo vital del paciente:-Riesgo de recidiva hemorrágica-

Son **factores endoscópicos de alto riesgo de recidiva**: la presencia de restos hemáticos en el trayecto explorado, tamaño de la úlcera > 2cm y localización en cara postbulbar, y lesiones tipo I, IIa y Iib de Forrest

Las úlceras de pequeño tamaño y tipo Forrest III, así como la hemorragia autolimitada tienen bajo riesgo de recidiva

C) Tratamiento: **Permite** la realización de **técnicas de hemostasia**

Existen diferentes técnicas:

-Inyección de agentes vasoconstrictores: Adrenalina

-Inyección de agentes esclerosantes: Etoxiesclerol, polidocanol

-Coagulación con argon-plasma

-Aplicación de hemoclips

-Ligadura con bandas elásticas

Las indicaciones del tratamiento endoscópico son las úlceras con alto riesgo de recidiva y ofrece como ventajas:

-< riesgo de recidiva (riesgo recidiva postesclerosis 10-20%)

-Descenso significativo de la mortalidad

-Fracaso del control de la hemorragia 10 %

Es poco útil en úlceras grandes, sobre tejido neoplásico o tumor submucoso

Una vez realizada la endoscopia instauraremos un **tratamiento postendoscopia** en función del tipo de lesión:

A)- Lesión de bajo riesgo:

Iniciar dieta tras endoscopia

Omeprazol VO 20 mg / 12h

Vía salinizada

Analítica de control en 24 h

B)-Lesión de alto riesgo:

Continuar con dieta absoluta

Omeprazol EV 20 mg / 12 h

Sueroterapia según estado hemodinámico

Comentar con cirujano e internista de guardia

Cirugía: Está indicada en los casos de hemorragia grave con altas necesidades transfusionales e inestabilidad hemodinámica persistente y en hemorragia recidivante tras el tratamiento endoscópico.

Angiografía terapéutica: Con perfusión intraarterial de vasoconstrictores. Se debe plantear en pacientes con sangrado grave y persistente, en los que la endoscopia ha sido ineficaz y el riesgo quirúrgico es alto.

2) HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFAGICAS:

A) Medidas generales:

El tratamiento básico general de toda H. D. será el mismo, con especial atención a proteger la vía aérea, particularmente en pacientes con encefalopatía.

Para prevenir la encefalopatía administraremos Lactulosa 1 cuchar / 8-12 h

Si hay ascitis debemos prevenir la PBE administrando Norfloxacin 400 mg VO / 12 h

Hay que tener cuidado en la reposición de la volemia pues es frecuente que la sobrecarga de suero salino desencadene una descompensación hidrópica en estos pacientes, debido a la alteración existente en la excreción renal de sodio.

B) Tratamiento específico:

Somatostatina-Somiaton® (ampollas de 250 mcgr y de 3 mg)

.Lo administraremos en toda H D por varices esofágicas.

De entrada poner 1 amp de 250 mcgr EV en bolus. Repetir 1 bolus cada 6 horas. Además, administrar una perfusión de 1 amp de 3 mg en 250 cc de S.Fisiológico / 12 h durante 5 días..

Endoscopia:

Nos permite el diagnóstico y realizar técnicas terapéuticas

Criterios endoscópicos diagnósticos de HDA por varices esofágicas o gástricas:

- Hemorragia activa por varices
- Signos de hemorragia reciente sobre una variz
- Varices sin signos de sangrado en ausencia de otras lesiones.

No se considera diagnóstico si hay otras lesiones potencialmente sangrantes y no hay signos de hemorragia en las varices

Tratamiento endoscópico:

- Esclerosis de las varices:

Su eficacia en el control del sangrado agudo es similar a la del tratamiento médico pero la incidencia de resangrado precoz es menor.

Consiste en la inyección de sustancias esclerosantes en el interior o en la cercanía de las varices. En caso de resangrado se puede repetir la sesión de esclerosis, aunque por regla general no deben realizarse más de 2 en los primeros 5 días. Los efectos secundarios (5-30%) incluyen dolor retroesternal o disfagia, fiebre, hemorragias, ulceraciones.

-Bandas elásticas

La ligadura endoscópica de las varices es igual de efectiva que la esclerosis con menor frecuencia de efectos adversos.

Sonda de Sengstaken-Blakemore: Su principal indicación es la hemorragia masiva que impide la esclerosis endoscópica, también está indicada su colocación en el resangrado de las varices en las que ya se ha realizado esclerosis endoscópica.

Logra la hemostasia por compresión directa de las varices en más del 90% de los pacientes, pero en la mitad de ellos se produce un resangrado al quitar la sonda.

Debe retirarse a las 24 h para prevenir lesiones por decúbito en la mucosa esofágica y gástrica.

Complicaciones: perforación, ulceración esofágica y neumonía por aspiración.

Cortocircuito portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) : Debe considerarse en sangrados persistentes a pesar del tratamiento farmacológico y endoscópico repetido y en hemorragias por varices en fundus gástrico

Cirugia urgente: Transección esofágica y cirugia derivativa. Indicada en pacientes que continuan sangrando a pesar de los tratamientos anteriores.

3) HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES FUNDICAS, GASTRICAS Y DUODENALES

Las varices de la unión esofagogástrica tienen igual tratamiento y pronóstico que las esofágicas.

Las varices fúndicas tienen más riesgo de resangrado y complicaciones tras la escleroterapia y peor pronóstico, así como mayor mortalidad.

Las varices duodenales se desarrollan en pacientes sometidos a escleroterapia y con carcinoma hepatocelular, tienen una tasa muy alta de mortalidad.

El TIPS, la cirugia derivativa y el trasplante deben ser considerados en el paciente sin contraindicaciones.

4) GASTROPATIA DE LA HIPERTENSION PORTAL

Es un diagnóstico endoscópico. Es más frecuente en pacientes con varices esofágicas y en aquellos sometidos a escleroterapia.

Los tratamientos eficaces son: betabloqueantes, TIPS, cirugía derivativa y trasplante hepático.

5) GASTRITIS HEMORRAGICA AGUDA

Puede presentarse:

- en situaciones de estrés (traumatismos, quemaduras, cirugía)
- abuso de alcohol
- uso de AINES
- vómitos de repetición

Puede coexistir con duodenitis erosiva y con úlceras gástricas o duodenales

Diagnóstico: por endoscopia

Tratamiento similar al sangrado por úlcus péptico

El sangrado es generalmente autolimitado y raramente requiere cirugía

6) HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

El 80% cesan espontáneamente sin precisar tratamiento específico

En caso de hemorragia grave persistente, hay que considerar, dependiendo de la causa:

- electrocoagulación: angiodisplasia
- embolización o vasopresina intraarterial (angiodisplasia, divertículos)
- cirugía:
 - 1) Hemorragia recurrente sin respuesta al tratamiento colonoscópico o angiográfico
 - 2) Hemorragia grave
 - 3) Angiodisplasia generalizada