

Vías Clínicas en Urgencias



Hemorragia digestiva



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

Los autores de Vía Clínica en Urgencias: Hemorragia Digestiva hacen constar que:

No poseen nexos con actividades que puedan influir sobre su juicio en la elaboración de las actuales vías.

Ni ellos, ni sus familiares directos son propietarios, ni tienen acciones o participaciones, y no mantienen relaciones contractuales con empresas con intereses económicos en los productos citados en el texto.

El contenido de la presente publicación se corresponde con las opiniones de la autores, y bajo ningún concepto pueden atribuirse a AstraZéneca. Los medicamentos mencionados deben prescribirse de acuerdo con su Ficha Técnica Autorizada. Para cualquier consulta dirijase al teléfono de información de AstraZéneca: 900 200 444

COORDINADOR

Luis García-Castrillo Riesgo
Coordinador de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

AUTORES

Luis García-Castrillo Riesgo
Coordinador de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Pascual Piñera Salmerón
Coordinador de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

Iván Rancaño García
Servicio de Urgencias. Hospital Central de Asturias. Oviedo

Miquel Sánchez Sánchez
Jefe Sección de Urgencias Medicina. Hospital Clínic. Barcelona

EVALUADORES EXTERNOS

José Luis Calleja Panero
Servicio de Gastroenterología y Patología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Xavier Calvet Calvo
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

Vías Clínicas

Grupo Vías Clínicas

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) tiene entre sus objetivos la mejora de la calidad asistencial en el ámbito de las urgencias y emergencias sanitarias.

Las vías clínicas son herramientas que pueden ayudar a solventar algunos problemas propios de este entorno, como, por ejemplo, la deficiente coordinación entre distintas estructuras asistenciales (servicios de urgencias en atención primaria, de emergencias y urgencias de hospitales), la elevada rotación de profesionales (al participar los médicos residentes en la asistencia), la presión para reducir las estancias hospitalarias, la medicina defensiva, etc.

Las vías clínicas complementan la actividad que mantiene SEMES para el desarrollo de instrumentos de mejora de la gestión de la calidad y acreditación de servicios.

Una vía clínica recoge de forma estructurada una serie de actividades de distinto tipo: administrativas, asistenciales, de información,... concatenadas en una secuencia lógica, para la mejor atención a un paciente afecto de una patología específica, en un contexto sanitario determinado y recogidas en un documento escrito.

Los procesos susceptibles de ser manejados a través de una vía clínica son aquellos que tienen una evolución predecible, frecuentes y, por lo tanto, con gran impacto sanitario. La SEMES está interesada y promueve el desarrollo de vías clínicas en aquellos procesos que reúnan las mencionadas características y sean de aplicación en los servicios de urgencias y emergencias, y por tanto impulsa el actual "Proyecto SEMES de Vías Clínicas" (PRO-SEVIC).

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La integración de la asistencia sanitaria ha sido y es buscada con ahínco tanto para mejorarla, disminuir varia-

bilidad en los servicios y orientar los procesos al paciente. De estas acciones, junto con una mejora en la calidad, se espera contener los costes.

La situación opuesta es la prestación de servicios sanitarios disgregados, por diferentes proveedores, con duplicidad de servicios, tratamientos distintos y dificultades para el paciente para entender el modo de acceso y los servicios que puede esperar de cada una de las partes. Esta situación únicamente puede terminar en una disminución de la calidad asistencial, en una menor satisfacción de los pacientes y una mayor dificultad en la contención de los costes.

La atención urgente, con su creciente actividad con más de 30 millones de actos asistenciales anuales en nuestro país, donde la prestación de estos servicios con frecuencia transcurre en más de un nivel del sistema sanitario: atención primaria, servicios de emergencia, servicios de urgencias de hospitales, especialistas, etc., constituye un entorno donde la utilización de una herramienta que permitiera facilitar la integración asistencial resultaría de gran interés.

Las vías clínicas son diseñadas para facilitar la integración entre diferentes actores del proceso asistencial.

El desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o protocolos de actuación, han sido y son objeto de gran interés por parte de las sociedades científicas. La formalización de los niveles de evidencia obtenidos de la literatura y las recomendaciones que de ellos se pueden derivar, han supuesto un gran avance en el establecimiento de guías asistenciales. Por otra parte, se ha prestado mucha menor atención a la implementación de estas recomendaciones y a su seguimiento. La mayor dificultad en el seguimiento de guías es la aplicación en el nivel local de las mismas.

Las vías clínicas constituyen una herramienta que, al tiempo que facilitan la implementación de guías, permite la evaluación de su seguimiento.

La variabilidad en la práctica clínica es un hecho confirmado en múltiples entornos y reflejado frecuentemente en las publicaciones científicas. La variabilidad puede deberse y está plenamente justificada por aspectos como: la variabilidad del paciente, factores de comorbilidad asociados, aspectos sociales o culturales o por otros factores, lo que puede suponer apartarse de las recomendaciones existentes en las guías de práctica clínica: decisiones personales de los clínicos, limitaciones estructurales o materiales de los servicios, etc.

Estas últimas razones de variabilidad deben reducirse al máximo para garantizar el mayor nivel de calidad asistencial. En los entornos con una alta rotación de los profesionales asistenciales la variabilidad aumenta y puede llegar a mermar la calidad asistencial.

Las vías clínicas, al utilizar las recomendaciones científicas, ofrecen la mejor opción asistencial basada en la evidencia científica disminuyendo la variabilidad no deseada.

La información del paciente constituye una de las funciones de los profesionales asistenciales. Se conoce que la información modifica sustancialmente la calidad percibida por los pacientes, mientras que por otra parte, es una de las causas más frecuentes de quejas por parte de los usuarios de los sistemas sanitarios. Las vías clínicas, al tener descrita la cadena asistencial en procesos específicos, facilita la información al paciente pudiendo describir los pasos.

Las vías clínicas facilitan la información a los pacientes.

No existe evidencia de que las vías clínicas supongan una reducción sustancial en coste asistencial, tiempo de estancia, etc. Ni siquiera existen ensayos clínicos controlados que demuestren que mediante el uso de las vías clínicas mejoran los resultados clínicos.

Los objetivos de las vías de práctica clínica son:

- Facilitar la implantación de guías existentes.
- Disminuir la variabilidad.
- Permitir alcanzar los niveles estándar de calidad asistencial.
- Permitir la integración entre niveles asistenciales y entre grupos multidisciplinarios.
- Identificar aspectos de mejora.
- Facilitar el seguimiento de las recomendaciones.

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE VÍA CLÍNICA

Una vía clínica es un plan asistencial estructurado de carácter multidisciplinar que detalla los pasos esenciales de la asistencia del paciente en un proceso específico, incluyendo el progreso esperado de dicho paciente.

La vía clínica representa la aplicación local de las guías de manejo establecidas por sociedades científicas nacionales o internacionales.

Las vías clínicas no limitan la capacidad asistencial, más bien registran la variabilidad introducida para mantener una mejora continua del proceso asistencial.

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LAS VÍAS CLÍNICAS

Se describe a continuación el manual de procedimiento para el desarrollo genérico de una vía clínica en el entorno de las urgencias-emergencias que pueda ser utilizado en cualquiera de aquellas que se incluyan en este proyecto (PROSEVIC).

1. Identificación del tema objeto de la vía.
 - a. La vía clínica (VC) se puede centrar en un diagnóstico específico (infarto agudo de miocardio, neumotórax), un cuadro sindrómico (dolor torácico, dolor abdominal, paciente agitado), o un procedimiento o técnica (extracción de muestras para alcoholemias, informes de malos tratos, técnica de intubación con inducción rápida).
 - b. Criterios a considerar a la hora de seleccionar el proceso clínico objeto de la vía:
 - i. Frecuente.
 - ii. De impacto asistencial, morbilidad, ingreso hospitalario, estancia en urgencias, coste, implicación pacientes.
 - iii. Con cierta variabilidad.
 - iv. Con información sustentada por evidencia científica.
2. Definición del ámbito para la aplicación de la vía.

En el actual proyecto es necesario contemplar de una forma integral la asistencia desde el contacto con el sistema sanitario (servicio de urgencias de

hospital, puntos de atención continuada, centro de coordinación) hasta su alta o ingreso hospitalario. La VC tiene que ser integrable en la fase intrahospitalaria.

- a. Atención Primaria.
 - b. Urgencias hospitalarias.
 - c. Emergencias.
 - d. Hospital.
 - e. Todos ellos.
3. Constitución de un grupo multidisciplinar de expertos para describir el mapa asistencial. Las vías por definición tienen carácter multidisciplinar y el equipo podrá estar constituido por:
- a. Médicos, enfermeras.
 - b. Coordinadores emergencias.
 - c. Técnicos de emergencias.
 - d. Asistentes sociales.
4. Descripción del proceso asistencial y los aspectos críticos o limitantes.

En este capítulo se deben describir en secuencias temporales los pasos que el paciente debe ir siguiendo, identificando aspectos críticos, objetivos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en relación al momento de su realización.

- a. Descripción general del proceso asistencial:
 - i. Ubicación.
 - ii. Responsables.
 - iii. Evaluación-diagnóstico.
 - iv. Clasificación por gravedad.
- b. Identificación de puntos de decisión (ingreso/alta, tratar/no tratar).
- c. Indicaciones de pruebas complementarias:
 - i. De bajo coste.
 - ii. De alto coste.
- d. Indicaciones de medidas terapéuticas especiales (ventilación mecánica).
- e. Determinación de resultados esperados:
 - i. Altas.
 - ii. Tiempo asistencial.

5. Búsqueda de información científicamente relevante.

Los procesos diagnóstico-terapéuticos deben estar sustentados en protocolos y guías definidas científicamente. Es pues necesario hacer una búsqueda exhaustiva de la información de cali-

dad existente, pudiéndose seguir los pasos que se aportan en la guía para la búsqueda de información.

- a. Búsqueda de las vías clínicas existentes.
 - b. Búsqueda de protocolos, guías o documentos de consenso existentes.
 - c. Evaluación sistemática de la información utilizada: (se aportan guías para la valoración de la calidad de la información), VC (reglas):
 - i. Nivel de evidencia.
 - ii. Nivel de recomendación.
 - d. Utilización de herramientas acreditadas para la evaluación de la calidad de las guías clínicas (AGREE).
6. Construcción de la documentación de la vía.
- a. Tiempo/procedimiento. Especificar las unidades de tiempo a emplear horas, días.
 - i. Sencilla.
 - ii. No duplicar.
 - iii. Soporte electrónico.
7. Implantación de la vía.
- a. Adaptación local.
 - b. Difusión.
 - c. Engarzada en un plan de calidad.
8. Seguimiento e identificación de la posible variabilidad.
- a. Selección de los aspectos críticos donde la variabilidad puede suponer omisión (aspirina en infarto agudo de miocardio, ingreso o alta inadecuada):
 - i. Identificar la causa.
 - ii. Evaluar.
 - b. Cuantificar los pacientes que siguen el proceso esperado.
 - c. Identificar preguntas objeto de análisis.
9. Evaluación de la vía.
- a. Grado de cumplimiento (pacientes que siguen la vía).
 - i. Medicaciones.
 - ii. Procesos diagnósticos.
 - b. Indicadores de variabilidad en la vía.
 - i. Causa.
 - c. Indicadores de resultado.
 - i. Altas/ingresos.
 - d. Definir el programa de seguimiento de la vía.
10. Reestructuración de la vía.
- a. Actualización de la vía.

Son aspectos fundamentales de las vías clínicas:

- La definición del proceso.
- La construcción de un mapa temporal y espacial de procesos a realizar, único para los distintos actores asistenciales.
- La identificación de los resultados esperados.
- La implementación de las vías.
- La identificación de la variabilidad y su evaluación.
- La modificación de las vías.

COMPONENTES DE UNA VÍA CLÍNICA

Este conjunto de documentos constituirá el manual de la Vía Clínica.

1. Definición, descripción del proceso y objetivo de la guía.
2. Matriz de la vía clínica.
3. Hoja de información al paciente y o familiares.
4. Encuestas satisfacción usuario.
5. Metodología de evaluación de la vía.
6. Hoja de evaluación de la vía clínica.
7. Documentación anexa sobre la que se fundamenta la vía clínica (bibliografía evaluada).

BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Las recomendaciones reflejadas en estas vías están basadas en las revisiones de la información clínica existente, centrándonos en publicaciones secundarias, fundamentalmente guías clínicas, o en su defecto revisiones sistemáticas del tema.

En la búsqueda de la literatura científica se utilizarán al menos las siguientes fuentes de información para identificar publicaciones sobre guías de práctica clínica:

- National Guideline Clearinghouse.
<http://www.guideline.gov/>
- Guidelines Finder de la National electronic Library for Health del NHS británico.
<http://rms.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder/>
- CMA Infobase.
<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>

- Clinical evidence BMJ.
<http://www.clinicalevidence.com/>
- Cochrane Iberoamericano.
<http://www.cochrane.es/Castellano/>
- Pubmed para la identificación de las revisiones sistemáticas (*systematic reviews*). Limitando en general las búsquedas a los tres últimos años (2002-2005).

NIVEL DE EVIDENCIA DE LA INFORMACIÓN

El nivel de evidencia y las recomendaciones establecidas por las revisiones utilizadas que han sido asumidas por estas vías, están en función de los estudios evaluados y permiten sistematizar el nivel de evidencia científica utilizando los niveles que se muestran en la Tabla I.

Nivel de evidencia A	Datos obtenidos de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis.
Nivel de evidencia B	Datos obtenidos de un solo ensayo clínico aleatorizado o grandes estudios no aleatorizados.
Nivel de evidencia C	Consenso de opiniones de los expertos y/o estudios pequeños, estudios retrospectivos, registros.

El nivel de recomendaciones se refleja en la Tabla II.

METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN DE LAS VÍAS

La implantación de vías clínicas se enfrenta con la resistencia natural por parte de los profesionales a adaptarse a nuevas formas de prestar asistencia, de registrar la información y a temores sobre las consecuencias del no seguimiento de las vías. La participación activa de los usuarios de las vías en el proceso de implantación es fundamental.

Se conoce que la difusión pasiva de la información genera poco efecto en las pautas asistenciales de los profesiona-

TABLA II CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Clase I	Condiciones para las que la evidencia y/o el acuerdo general para un tratamiento es beneficioso, útil y efectivo
Clase II	Condiciones para las que hay conflicto de evidencias y/o divergencias de opinión acerca de la utilidad/eficacia de un tratamiento <ul style="list-style-type: none"> - Clase IIa. El peso de la evidencia/opinión está a favor la utilidad del tratamiento - Clase IIb. La utilidad/eficacia está menos bien establecida que la evidencia/opinión
Clase III	Condiciones para las que la evidencia y/o el acuerdo general para un tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial

les. Los procedimientos activos se han demostrado más efectivos pero también más costosos. La utilización de expertos, auditorías y programas educativos son más efectivos. Las técnicas múltiples son con mucho las más indicadas.

Las técnicas de introducción de las vías tienen que tener en cuenta las barreras a la modificación de la actividad asistencial. Los mejores resultados se han obtenido produciendo materiales educativos y sesiones educativas.

Siguiendo las líneas de los estudios que han evaluado la eficacia en la difusión de guías clínicas se plantean varias estrategias:

- Validación interna de las vías clínicas mediante expertos en los procesos específicos objeto de la vía.
- Difusión de la vía en reuniones científicas.
- Preparación de material didáctico para su distribución y difusión a nivel local.
- Actualizaciones de las vías clínicas mediante proyectos de evaluación externa en estudios piloto.

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE LAS VÍAS

El objetivo de la evaluación tiene por finalidad:

- Averiguar si la vía clínica ha mejorado la asistencia o la calidad percibida por los pacientes.
- Aportar al menos, la misma asistencia a menor costo.
- Identificar nuevas áreas de mejora.

Durante la fase de desarrollo de las vías clínicas es importante establecer indicadores que puedan contestar las preguntas que nos planteamos al hacer la evaluación de la vía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aymerich M, Sánchez E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. *Gac Sanit* 2004 julio, 18(4):326-34.
2. Berenguer J, et al. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(4):213-5.
3. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316:133-7.
4. Every NR, Hochman J, Becker R, Kopecky S, Cannon CP. For the Committee on Acute Cardiac Care, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. Critical Pathways. *AHA Scientific Statement Circulation* 2000;101:461-5.
5. García Caballero J, Díez Sebastián J, Chamorro Ramos L, Navas Acien A, Franco Vidal A. Unidad de Garantía de Calidad. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
6. Guerra JA, Martín P, Santos JM. Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación. Disponible en: URL: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/119/mbe_rev_sistematicas.pdf.
7. Guerra L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin* 1996; 107:377-82.
8. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). Oxford University. Oxford Press 2001.
9. Rico Iturriz R, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asna Batarrita J, Navarro Puerto MA, Reyes Domínguez A, Marín León I, Bri-

- nes Pérez de la Blanca E. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78:457-67.
10. Marzo M, Alonso P, Boufill X. Guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2002;118(supl 3):30-5.
 11. Evaluación de las vías en neumonías. <http://www.acponline.org/journals/ecp/sepoct00/pneumonia.htm>.
 12. Vías clínicas sobre neurotrauma y fractura de cadera. <http://www.pmr.vcu.edu/presentations/dcif/pathways/ppframe.htm>.
 13. Vías clínicas desarrollados por NHS. http://www.mtmsolutions.com/sample/pathways/medicine/thoracic/x371/x371_1.html
<http://libraries.nelh.nhs.uk/pathways/>
<http://www.venturetc.com/>.
 14. Página para buscar guidelines. National Guideline Clearinghouse <http://www.ahcpr.gov/clinic/cpgsix.htm>.
<http://www.nzgg.org.nz/tools/adaptation.cfm>.
<http://libraries.nelh.nhs.uk/guidelinesFinder/searchResponse.asp?keywordID=13841&attributeText=Patient%20information>.
 15. Grupo Fisterra http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.htm.
 16. Niveles de evidencia. http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp.
 17. Búsquedas EBM. <http://www.tripdatabase.com/index.cfm>
<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm>
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>.
 18. Jovel AJ, Navarro Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105(19):740-3.
 19. Guerra JA, Martín Muñoz P, Santos Lozano JM. Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación. *Fisterra.com*; 2003. http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.htm.
 20. US Preventive Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
 21. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, Bowman M. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract*. 2004 Jan-Feb; 17(1): 59-67.
 22. Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Levels of evidence and grades of recommendation. Oxford: Centre for Evidence Based Medicine. http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp.
 23. GRADE working Group Grading quality of evidence and strength of recomendaciones. *BMJ* 2004;328:1490-4.
 24. Middleton S, Roberts A. (2002) *Integrated Care Pathways: A practical approach to implementation*. Butterworth Heinemann (Oxford).

Hemorragia digestiva

Grupo Vías Clínicas

DEFINICIÓN

Dentro del concepto de hemorragia digestiva (HD) se incluyen todos los casos en los que se evidencia o sospecha una pérdida de sangre procedente del tubo digestivo. Los pacientes con HD requieren en primer lugar la estabilización hemodinámica y posteriormente la identificación del punto sangrante. La identificación del punto sangrante es de importancia ya que ayuda a predecir el riesgo de resangrado.

Como herramienta de trabajo se suelen clasificar las hemorragias digestivas en altas (HDA) y bajas (HDB). Las primeras, que constituyen el 90% de los casos de hemorragia en el aparato digestivo, tienen el punto de sangrado por encima de la cuarta porción del duodeno (ángulo de Treitz). Las HDB son menos frecuentes y su curso es más benigno o crónico. Las causas de HDA se agrupan en aquéllas que no cursan con hipertensión portal, el 70% de los casos y las que cursan con hipertensión portal, dado que su manejo y mortalidad son muy distintas.

El sangrado digestivo se manifiesta en forma de hematemesis, melena, hematoquecia, ayudando la forma de presentación a la localización del punto de sangrado. La hematemesis se presenta en la HDA y la hematoquecia a la HDB, mientras que las melenas pueden proceder de ambas. En ocasiones no existe evidencia de sangrado externo pero sí anemia o alteraciones hemodinámicas, como síncope.

La HD puede presentarse de forma aguda con abundante acompañamiento de manifestaciones cardiovasculares, o de forma crónica con pérdidas mejor toleradas hemodinámicamente. El 80% de los casos con inestabilidad hemodinámica orientan a HDA, si bien resulta difícil establecer por la clínica el nivel de sangrado.

Según la evolución de la HD la clasificamos en:

- HD autolimitada cuando durante un intervalo de 12 horas hay estabilidad hemodinámica y ausencia de signos externos de sangrado.
- HD persistente o recidivante cuando hay inestabilidad hemodinámica (FC >100 l/p y/o TAS < 100 mmHg) o caída de 6 puntos en el Hct, considerando persistente cuando el drenaje de la sonda nasogástrica no aclara y considerando HD recidivante cuando tras un periodo de drenaje claro vuelve a mostrarse hemático.

La incidencia de la HD ha disminuido, pero su mortalidad continúa siendo elevada (5-10%) para las HDA sin hipertensión portal y muy superior si la hipertensión portal está presente (18-30%). Por este motivo, la aproximación sistemática a estos pacientes a través de procesos estructurados, nos facilita una práctica de calidad.

Las causas de las HDA son: úlcera gastroduodenal (35-50%), varices esofágicas (25-35%), gastritis/LAMG (10-15%), Malory-Weiss (5-10%), esofagitis, hernia de hiato (5%), tumores (1-3%) y no identificadas (5-10%).

Las causas de la HDB son: edad avanzada, angiodisplasias, tumores, divertículos y pólipos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med* 2007 Sep;25(7):774-9.
2. Masaoka T, Suzuki H, Hori S, Aikawa N, Hibi T. Blatchford scoring system is a useful scoring system for detecting patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need endoscopic intervention. *J Gastroenterol Hepatol* 2007 Sep;22(9):1404-8.
3. Tai CM, Huang SP, Wang HP, Lee TC, Chang CY, Tu CH, et al. High-risk ED patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage undergoing emergency or urgent endoscopy: a retrospective analysis. *Am J Emerg Med* 2007 Mar;25(3):273-8.
4. Targownik LE, Murthy S, Keyvani L, Leeson S. The role of rapid endoscopy for high-risk patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol* 2007 Jul;21(7):425-9.
5. Vreeburg EM, et al. Validation of de Rockal Irisk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 1999;44: 331-5.

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

TABLA I DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO

	COMPENSADO	LEVE	MODERADO	GRAVE
Pérdida de sangre (ml)	≤1000	1000-1500	1500-2000	>2000
Frecuencia cardiaca (lpm)	<100	>100	>120	>140
Presión arterial	Normal	Ortostatismo	Descenso marcado	Descenso profundo
Relleno capilar	Normal	Puede estar retrasado	Usualmente retrasado	Siempre retrasado
Respiración	Normal	Taquipnea leve	Taquipnea moderada	Taquipnea marcada: <i>gasping</i>
Diuresis (ml/h)	>30	20-30	5-20	Anuria
Nivel de consciencia	Normal o agitado	Agitado	Confuso	Letárgico, coma

TABLA II TRATAMIENTO DEL SHOCK HEMORRÁGICO

OBJETIVOS

1. Maximizar el transporte de oxígeno
 - Asegurando la vía aérea con intubación si es preciso.
 - Incrementando la saturación de oxígeno de la sangre con suplemento de oxígeno a alto flujo (4 litros/min) o concentración (35-40%).
 - Restaurando el flujo sanguíneo (ver punto siguiente).
2. Resucitación con fluidos
 - Colocar dos vías/catéteres periféricas cortas de grueso calibre. Si se obtienen vías centrales, utilizar dos luces (monitorizar PVC). En niños menores de 6 años, los accesos intraóseos también pueden ser útiles.
 - Control de la diuresis.
 - Extraer sangre para pruebas cruzadas, además de hemograma, bioquímica básica y coagulación.
 - Practicar resucitación inicial: solución de cristaloideos isotónica (suero fisiológico, Ringer-lactato,...) o de coloides (Gelafundina®, Voluven®, Hemocé®,...) en bolo inicial de 1000-2000 ml (20 ml/kg en pacientes pediátricos).
 - Revaloración tras el bolo inicial
 - Signos vitales normalizados: monitorización para asegurar la estabilidad. Dosificar infusión de solución salina isotónica a la situación clínica.
 - Signos vitales normalizados pero aún inestables: continuar la administración rápida de solución salina isotónica o de coloides, y extracción de sangre para pruebas cruzadas, además de hemograma, bioquímica básica y coagulación.
 - Signos vitales no normalizados: continuar con nuevo bolo de solución salina isotónica o de coloides y/o administrar concentrados de hematíes tipo 0 (con Rh- en mujeres en edad fértil para evitar sensibilización y futuras complicaciones), requiriéndose sistemas de infusión a presión para garantizar una velocidad adecuada.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TABLA II TRATAMIENTO DEL SHOCK HEMORRÁGICO

- Estas pautas no son reglas estrictas: la terapia debe adaptarse siempre al estado clínico del paciente y a sus posibles comorbilidades (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, anasarca, cirrosis hepática, etc.).
 - No existen estudios concluyentes sobre la superioridad de una u otra solución (cristaloides o coloides) sobre la otra.
 - En la tabla III pueden apreciarse las indicaciones orientativas de hemoderivados.
 - Los agentes vasoactivos están raramente indicados en el *shock* hemorrágico. Sólo deben considerarse cuando el volumen se ha restaurado, la hemorragia está controlada y la hipotensión persiste. En la tabla IV, se citan con las dosis correspondientes.
3. Controlar la hemorragia
- Se instaurará la terapia específica según la etiología (desconocida en este momento y no identificada hasta el final de tiempo 2).
 - Colocación de sonda nasogástrica
 - Si aspirado hemático (cualquier tipo): limpieza con suero salino isotónico hasta obtener un aspirado limpio.
 - Si aspirado claro: dejar sonda nasogástrica en declive.
 - Sospecha razonable de lesiones por hipertensión portal: somatostatina, bolus de 250 µg (si es necesario puede repetirse en 5 min), seguido de perfusión intravenosa (3 mg en 250 ml de SG 5% a pasar a 2 l/ml/h).
 - Sospecha razonable de lesión ulcerosa: inhibidores de la bomba de protones (esomeprazol/omeprazol/pantoprazol 80 mg en 100 ml de SG 5% a pasar en 15-20 min).
 - Considerar siempre la posibilidad de trastornos de la coagulación primarios (hepatopatías, hemofilia, etc.) o inducidos externamente (dicumarínicos, heparinas de bajo peso molecular, etc). (Ver Tabla V).
 - Si no se consigue el control de la misma y persiste la inestabilidad hemodinámica, valorar por cirugía.

TABLA III INDICACIONES ORIENTATIVAS DE HEMODERIVADOS EN EL SHOCK HEMORRÁGICO

INDICACIÓN PARA EL USO DE HEMODERIVADOS		
Compuesto	Indicación	Dosis inicial habitual
Concentrado de hematíes	Para mejorar el transporte de oxígeno	2-4 unidades iv.
Plaquetas	Trombocitopenia o tromboastenia	6-10 unidades iv.
Plasma fresco congelado	Coagulopatía	2-6 unidades iv.
Crioprecipitados	Únicamente en caso de coagulopatía con fibrinógeno bajo	10-20 unidades iv.

TABLA IV

AGENTES VASOACTIVOS INDICADOS EN EL SHOCK HEMORRÁGICO

AGENTES VASOACTIVOS EN EL SHOCK		
Agente	Dosis habitual	Efecto
Inotrópicos		
Dopamina	1-3 g/kg/min 2-10 g/kg/min >10 g/kg/min	Vasodilatación, aumenta la perfusión renal Aumenta frecuencia cardíaca y gasto cardíaco Vasoconstricción periférica
Dobutamina	2-10 g/kg/min	Disminuye la postcarga, aumenta el gasto cardíaco
Vasopresores		
Noradrenalina	1-4 g/min	Vasoconstricción periférica

TABLA V

CORRECCIÓN COAGULOPATÍA

- La corrección de las alteraciones de la coagulación debe realizarse en los casos de hemorragia activa y persistente, especialmente en aquellos pacientes con:
 - Plaquetas <50.000 unidades/mm³.
 - Tiempo de Quick <50%.
- Paciente con tiempo de Quick <50% debe administrarse como primera opción vitamina K iv.
- Si existe hemorragia grave con compromiso vital se recomienda el empleo de plasma fresco o hemoderivados de factores de coagulación, factor IX, asociado al complejo protrombínico (Prothromplex®). Se debe administrar una vez agotadas las otras opciones o cuando el volumen puede ser un factor que limite la administración de plasma.
- La dosis de vit K es una ampolla cada 6 horas iv.
- La vitamina K tarda entre 12 a 36 horas en corregir el tiempo de protrombina, siendo por lo tanto necesario asociar plasma o factores de coagulación en caso de hemorragia activa.

PLASMA FRESCO CONGELADO

- Son precisos de 10 a 30 ml/kg para reponer el déficit de factores. A las 6 horas se puede repetir la administración con la mitad de la dosis total necesaria.

TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

- Está indicada en pacientes con hemorragia activa e inestabilización hemodinámica con cifras de plaquetas menores de 20.000-50.000/mm³.
- La dosis es de 1 U/10 kg de peso.
- Cada unidad de plaquetas aumenta el recuento plaquetario en 5.000 a 10.000 por mm³.

HEMODERIVADOS**Prothromplex® (factor IX, asociado a complejo protrombínico)**

- Las unidades a infundir son:
(Tiempo de protrombina deseado - obtenido) x kg peso x 0,6.
Los viales contienen 600 UI y equivalen a 500 ml de plasma.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TABLA V

CORRECCIÓN COAGULOPATÍA

- Estos pacientes suelen tener las cifras de antitrombina III bajas, por ello, si se normalizan artificialmente los factores de coagulación, tienen un riesgo trombótico elevado. Por lo tanto, hay que evaluar la necesidad de administrar conjuntamente heparinas de bajo peso molecular.

Factor VII recombinante activado

- Es el factor de coagulación más deficitario en el paciente cirrótico. Normaliza el tiempo de protrombina y corrige los defectos de función plaquetar y, a diferencia del complejo protrombínico, tiene la ventaja de carecer de trombogenicidad. Su acción es a los 10 a 30 minutos de la administración. La duración del efecto de 80 µg/kg es de 12 horas.
- Se presenta en ampollas de 2 ml (1,2 mg). Su dosis es 80 µg/kg administrado en bolus lento de 2 min., cuyo efecto es inmediato.

Fibrinógeno

- En estadios de la hepatopatía muy avanzados existe déficit importante de fibrinógeno, y su reposición es útil para mejorar la situación de hemostasia.
- No siempre está disponible en todos los centros fibrinógeno comercial, y se utilizan los crioprecipitados.
- Las dosis son
 - Crioprecipitados: 1 U/kg de peso.
 - Fibrinógeno: 0,5-1 g/10 kg de peso.
- La vida media está entre 3 y 4 días por lo que es suficiente la transfusión de la mitad de la dosis inicial cada 24 horas para mantener los niveles adecuados de fibrinógeno.

Actuación en los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales

- Pacientes con hemorragia con inestabilidad hemodinámica:
 - Suspender los dicumarínicos.
 - Administrar heparinas de bajo peso molecular.
 - Remontar el tiempo de protrombina con vitamina K y hemoderivados (mantener alrededor del 50%).
 - Si existe riesgo ateroembólico elevado, continuar con heparinas de bajo peso molecular.
- Pacientes con hemorragia sin inestabilidad hemodinámica:
 - Suspender los dicumarínicos.
 - Administrar heparina de bajo peso molecular dependiendo del riesgo de tromboembolismo.

Valorar siempre la conveniencia y el uso de hemoderivados por escasez de recursos y riesgo potencial.

TABLA VI

NOMENCLATURA DE LAS HECES EXAMINADAS EN TACTO RECTAL

DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN
Melena	Deposición negra como el alquitrán, de consistencia pastosa y olor más fuerte o penetrante de lo habitual, que refleja un sangrado digestivo alto, por encima del ángulo de Treitz. Por debajo del ciego es raro que existan causas de melena, aunque esto puede ocurrir en casos de procesos del colon derecho con tiempo suficiente de estancamiento fecal.
Enterorragia	Deposición de coloración intermedia entre la melena y la hematoquecia, mezclada o no con heces, y que, por lo tanto, puede observarse en las HDA y HDB, aunque es más frecuente en estas últimas.
Rectorragia/ hematoquecia	Deposición roja rutilante, a veces con coágulos, que refleja un sangrado digestivo bajo, habitualmente localizado a partir del colon izquierdo hasta el ano. Con muy poca frecuencia suele verse en una HDA, salvo que ésta sea cataclísmica, o bien en aquellos casos en que el tránsito digestivo se halla muy acelerado.

TABLA VII

NOMENCLATURA DE LOS TIPOS DE ASPIRADOS GÁSTRICOS

DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN
Limpio	Sin ningún resto hemático.
Bilioso	Su presencia confirma la ausencia de sangrado en la 1ª porción duodenal.
Poso claro	Algunos restos de sangre en forma de “poso de café” en medio de un contenido gástrico no teñido de sangre.
Poso oscuro	Restos de sangre abundantes en forma de “poso de café” en medio de un contenido gástrico oscuro (como café) o teñido de sangre.
Hemático oscuro	Aspirado constituido totalmente por sangre de color oscuro (granate-negruzca).
Hemático claro	Aspirado constituido totalmente por sangre fresca de color rojo (como agua de lavar carne).

TABLA VIII

FACTORES DE RIESGO PARA RESANGRADO EN LA HDA NO ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN PORTAL

- Edad > 65 años.
- Shock.
- Comorbilidades.
- Nivel de hemoglobina inicial bajo.
- Melena.
- Sangre fresca roja en el examen rectal, en el vómito o en el aspirado.
- Requerimiento de transfusión.

TABLA IX

FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN LA HDA NO ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN PORTAL

- Edad > 60 años.
- Shock.
- Comorbilidades.
- Resangrado o sangrado incoercible.
- Sangre fresca roja en el examen rectal, en el vómito o en el aspirado.
- Debut de HDA durante un ingreso hospitalario por otro motivo.
- Sepsis.
- Elevación de la urea o creatinina.
- Elevación de las trasaminasas.

TABLA X

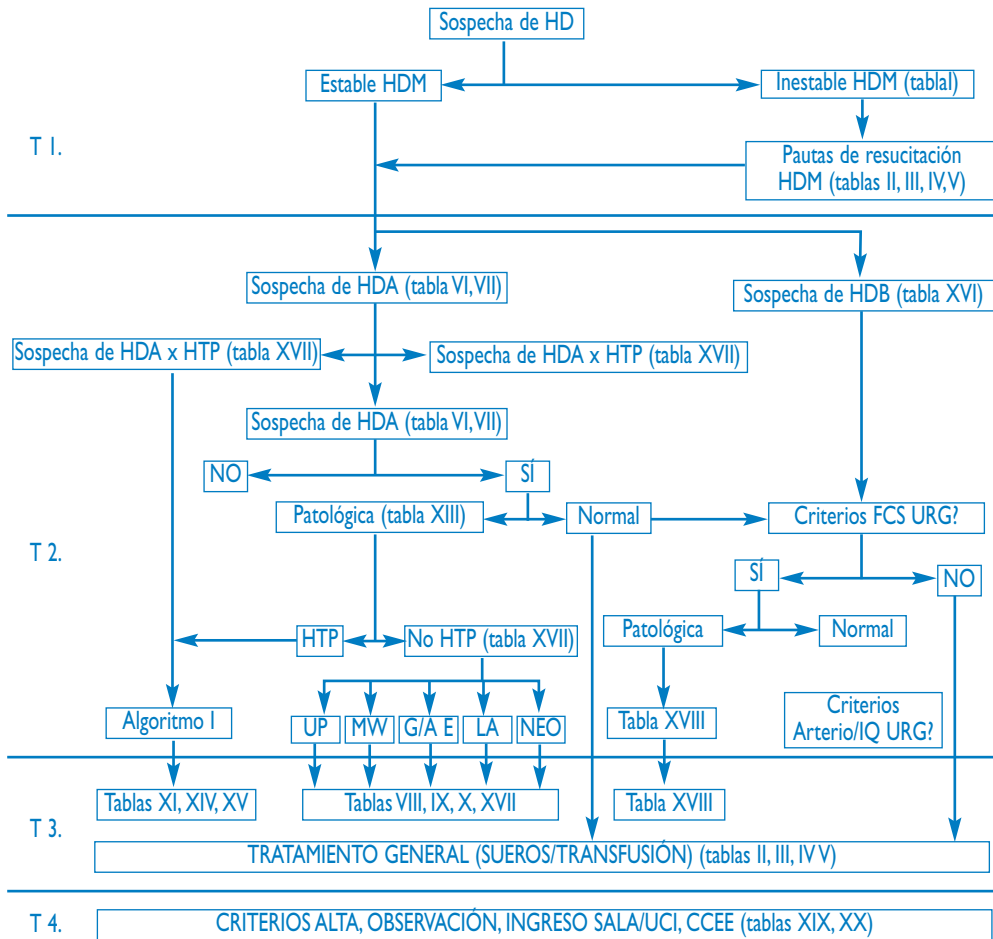
PUNUACIÓN DE ROCKALL PARA ESTABLECER EL PRONÓSTICO DE LA HDA NO ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN PORTAL

PUNUACIÓN				
VARIABLES	0	1	2	3
Edad	<60	61-79	≥80	
Shock	No	Taquicardia	Hipotensión	
Comorbilidad	Ninguna		Insuficiencia cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática • Insuficiencia renal • Neoplasia diseminada
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Mallory-Weiss • No evidencia de lesión • No signos de hemorragia reciente 	Todos los otros diagnósticos	Neoplasia del tubo digestivo alto	
Signos de hemorragia recurrente	No existen		<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de sangre • Coágulo • Vaso sangrante visible 	

Una puntuación de Rockall ≤3 está asociada a un pronóstico excelente. Puntuaciones > 8 presentan un riesgo mayor de mortalidad.

ALGORITMO I

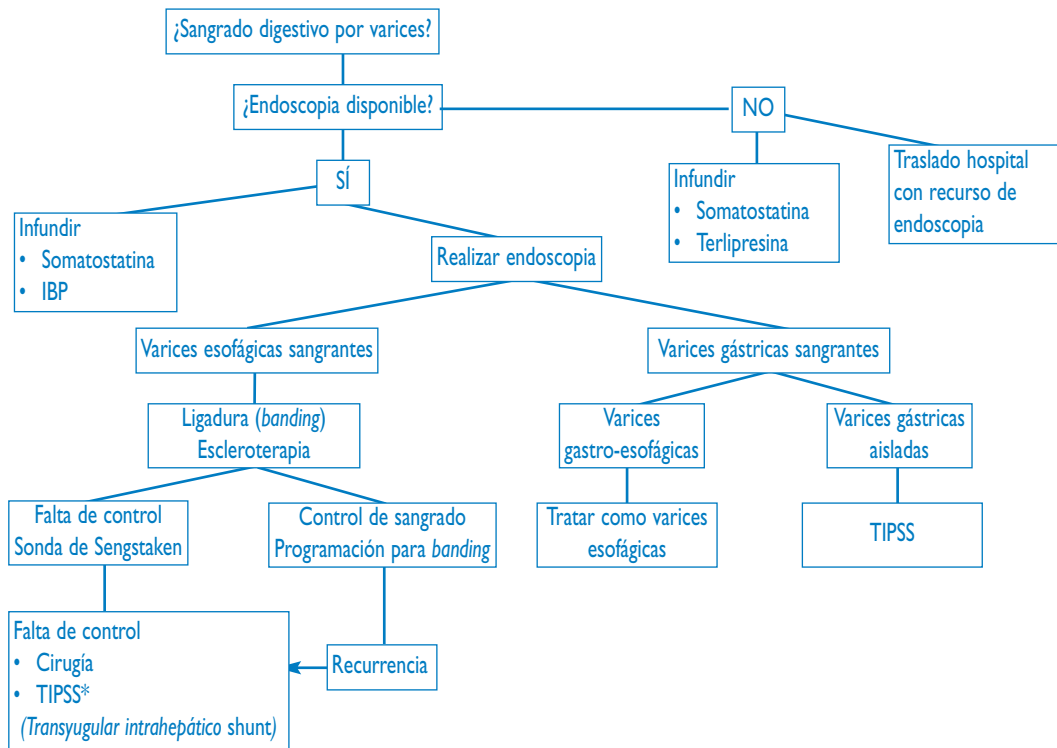
CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA



HD: hemorragia digestiva; HDM: hemodinámica; HAD: HD alta; HDB: HD baja; HTP: hipertensión portal; FGS: fibrogastrosco-
pia; UP: úlcera péptica; MW: síndrome de Mallory-Weiss; G/A E: gastritis/antritis erosiva; LA: lesión arterial; NEO: lesión neoplásica; IQ URG: inter-
vención quirúrgica urgente; UCI: unidad de cuidados intensivos; CCEE: consultas externas; T1, T2, T3, T4: tiempo 1, 2, 3, 4 respectivamente (ver tiempos).

ALGORITMO II

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA HDA ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN PORTAL



* TIPSS: transjugular intrahepatic portosystemic shunt

TAPONAMIENTO CON BALÓN

- Consigue la hemostasia mediante la compresión de las varices. Su empleo está indicado en pacientes con hipertensión portal y/o hemorragias masivas en conjunción con el tratamiento farmacológico, o en aquellos en los que la endoscopia terapéutica falla o es técnicamente imposible por nula visibilidad (15%).
- Se considera como recurso final para conseguir la hemostasia antes de aplicar un tratamiento definitivo. Dentro de las primeras 12 horas se retira el balón y se realiza una nueva endoscopia terapéutica.
- Procedimiento de uso: comprobar el estado de los balones insuflados antes de introducir la sonda.
- Sengstaken-Blakemore: indicado para varices esofágicas. El procedimiento es:
 - Introducir sonda hasta la marca de 50 cm.
 - Comprobar posición en estómago.
 - Insuflar el balón gástrico con 200-300 ml de aire.
 - Hacer tracción del balón contra la unión gastroesofágica.
 - Hinchar el balón esofágico hasta alcanzar una presión de 40/60 mmHg.
 - Hacer tracción de la sonda con un peso de 1 kg.
 - En caso de alteración del nivel cognitivo severo es aconsejable la intubación traqueal previa a la colocación de la sonda para evitar la aspiración pulmonar.
- Linton-Nachlas: indicado para varices gástricas. El procedimiento es:
 - Introducir la sonda hasta la marca de 50 cm.
 - Hinchar el balón gástrico con 600 ml de aire.
 - Anclar el balón traccionándolo hacia la unión gastroesofágica.
- En ambos balones se debe realizar:
 - Comprobación de la posición mediante aspiración y comprobación del líquido gástrico e insuflación de aire y auscultación del área gástrica.
 - Aspiración suave continua de la luz esofágica por encima de los balones.
 - Lavados gástricos con 200 ml de agua a temperatura ambiente cada hora, hasta que el aspirado salga claro, y luego cada cuatro horas hasta la retirada de la sonda.
 - No mantener los balones hinchados más de 24 horas. Una vez deshinchado el balón esofágico, si ha cedido la hemorragia, esperar de 4 a 6 horas y deshinchar también el balón gástrico y retirar. Si pasado este tiempo la hemorragia no ha cedido, intentar esclerosis de varices.

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

- Se debe practicar en pacientes hemodinámicamente estables.
- La ligadura es preferible a la esclerosis.
- Dentro de las primeras 12 a 24 horas del episodio hemorrágico.
- Signos endoscópicos que indican sangrado por varices esofágicas:
 - Hemorragia activa de las varices.
 - Coágulo de fibrina adherido sobre la pared de las varices.
 - En ausencia de otras lesiones que justifiquen el sangrado, presencia de restos hemáticos con varices.
- Se practicará terapéutica endoscópica en los siguientes casos:
 - Hemorragia activa en el momento de la endoscopia.
 - Fallo del tratamiento médico (somatostatina o taponamiento con balón) en el control de la hemorragia y, por lo tanto, la hemorragia persiste.
 - Recidiva de la hemorragia a pesar de tratamiento farmacológico.

DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA

Shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) (Tabla V).

- Está indicado únicamente en hipertensión de origen hepático. Se consiguen resultados hemodinámicos similares a los shunts quirúrgicos, pero con menor morbilidad y mortalidad.

(continúa)...

(...) ➔

TABLA XI

TAPONAMIENTO CON BALÓN, ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA Y DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA

- Se utiliza sólo en las situaciones siguientes:
 - Fracaso del control de hemorragia aguda por técnicas endoscópicas y farmacológicas en pacientes con estadios Child-Pugh A y B.
 - Profilaxis secundaria en aquellos casos en los que otros recursos terapéuticos han fallado.
 - Fracaso del control de la hemorragia en pacientes portadores de derivación portosistémicas quirúrgica.
 - Se coloca en la vía yugular y a través del parénquima hepático se crea una conexión entre la vena hepática y la cava, mediante prótesis expandible de metal.
- Los principales inconvenientes son:
 - Desarrollo de encefalopatía (25%).
 - Deterioro de la función hepática por pérdida de perfusión, <5% termina en trasplante.
 - Infecciones.
 - Trombosis de la prótesis.
 - Los controles necesarios de un TIPS son una ecografía doppler a las 24 horas y cada tres a cuatro meses.
- Las principales contraindicaciones son:
 - Neoplasias.
 - Cardiopatía grave.
 - Sepsis o infección.
 - Trombosis portal de origen neoplásico.
 - Encefalopatía hepática crónica.

Shunt quirúrgico

- Son candidatas aquellos pacientes que mantienen una buena función hepática (Child-Pugh A o B) y que tienen un difícil control de la hemorragia mediante tratamiento farmacológico, endoscópico o balón de taponamiento, y en los que no se puede implantar un TIPS. Son de uso excepcional.
- Su realización de forma urgente conlleva una alta mortalidad y por ello sólo es factible en los pacientes con buena función hepática y en centros experimentados.
- Tener menor riesgo de disfunción hepática y encefalopatía (depende del diámetro del *shunt*).
- Antes de realizar la técnica quirúrgica se debe verificar la permeabilidad de la porta y excluir la existencia de hepatocarcinoma difuso.
- No se han demostrado ventajas entre las diferentes técnicas a largo plazo.
- La elección está determinada fundamentalmente por la experiencia de cada grupo quirúrgico y por la situación individual de cada paciente:
 - Derivación sistémica portocava.
 - Derivación esplenorrenal distal (Warren).
 - Transección esofágica mecánica (no tras esclerosis) o desvascularización esofagogástrica (Sugiura).
- *Shunt* selectivo: descomprime el flujo de varices manteniendo el flujo hepático.
- El *shunt* esplenorrenal distal es el que tiene menos riesgo de encefalopatía.
- Descompresión de vena esplénica que es el drenaje de venas gástricas cortas en la vena renal izquierda. Riesgo de ascitis en el postoperatorio.

TABLA XII

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA ENDOSCOPIA

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES	TÉCNICA	PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
RIESGO ALTO		
Prótesis valvulares	Dilatación	Recomendada
Historia de endocarditis	Escleroterapia	
Shunts	CPRE	
Prótesis vascular	Otros procedimientos incluidos EGD, colonoscopia, ligaduras varices.	Opcional
Anomalías cianógenas complejas		
RIESGO MODERADO		
Anomalías congénitas	Dilatación esofágica	Opcional
Valvulopatía	Esclerosis	
Miocardiopatía hipertrófica	Otros procedimientos incluidos EGD, colonoscopia, ligaduras varices.	No recomendada
Prolapso mitral		
RIESGO BAJO		
Otras lesiones cardiacas como prolapso mitral, "ostium secundum", marcapasos	Todos los procedimientos endoscópicos	No recomendada
Obturación biliar	CPRE	Recomendada
Quistes pancreáticos	CPRE, EUS-FNA	Recomendada
Cirrosis	Todos los procedimientos endoscópicos	Recomendada
Ascitis, inmunodepresión	Dilatación	No recomendada
	Esclerosis	
	Otros procedimientos incluidos EGD, colonoscopia, ligaduras varices.	
Todos los casos	PEG	Recomendada (cefalosporinas parenteral)
Prótesis auriculares	Todos los procedimientos endoscópicos	No recomendada
<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis cardiaca (oral 1h. antes, intramuscular o intravenoso 30 minutos antes). • Amoxicilina oral o ampicilina intravenosa (50 mg/kg niños, 2 g/adulto). • Alergias penicilina: clidamicina (adultos 600 mg, niños 20 mg/kg) o cefalexina o cefadroxilo (adultos 2 g, niños 50 mg/kg), o acitromicina o claritromicina (adultos 500 mg, niños 15 mg/kg) o cefazolina (adultos 1 g, niños 25 mg/kg iv. o im.), o vancomicina (adultos 1 g, niños 10-20 mg/kg iv.). 		

EGD: Endoscopia gástrica diagnóstica.

PEG: Sonda gástrica percutánea.

CPRE: Colangio pantografía retrógrada endoscópica.

Syst-pulm: systemic-pulmonary; synth vasc: synthetic vascular; CABG: coronary artery bypass graft; IM: intramuscular; IV: intravenous.

Reproduced with permission from: Hirota, WK, Petersen, K, Baron, TH, et al. Guidelines for Antibiotic Prophylaxis for GI Endoscopy. Gastrointest Endosc 2003; 58:475.

TABLA XIII CLASIFICACIÓN DE FORREST

CLASIFICACIÓN	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	RECIDIVA
Hemorragia activa		
la	Hemorragia en chorro	55%
lb	Hemorragia en babeo	50%
Hemorragia reciente		
IIa	Vaso visible	43%
IIb	Coágulo adherido	22%
IIc	Mancha plana	7%
Ausencia de signos de sangrado		
III	Base de fibrina	2%

TABLA XIV PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA DIGESTIVA POR RUPTURA DE VARICES

PREVENCIÓN DE ENCEFALOPATÍA

- Lactulosa (30 ml/6 h) o lactitol (10 g/6 h) por sonda nasogástrica u oral.
- Enemas de limpieza con lactulosa cada 12-24 horas.

PREVENCIÓN DE LESIONES AGUDAS DE MUCOSA GÁSTRICA

- IBP 80 mg/12 h endovenoso en perfusión continua.

PREVENCIÓN DE PERITONITIS BACTERIANA

- Antibioticoterapia profiláctica principalmente en aquellos pacientes con ascitis, pudiendo ampliarse a todos los pacientes con cirrosis.
Child A norfloxacina.
Child B. C ceftriaxona.
- CEFTRIAXONA 2 g IV/24 h.

DIETA ABSOLUTA MIENTRAS SE MANTENGAN LOS SIGNOS DE SANGRADO EXTERNO

TABLA XV USO Y DOSIS DE SOMATOSTATINA/TERLIPRESINA

SOMATOSTATINA

- La dosis es bolus inicial de 250 µg en 200 ml de suero fisiológico en 20 minutos y posteriormente 250 µg/h (3 mg de somatostatina en 100 ml de suero fisiológico a 9 ml/h).
- Contraindicaciones: embarazo, puerperio, lactancia.
- Efectos secundarios: hiperglicemia, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, cólico, etc.
- Se debe realizar un control glicémico cada 6 horas.

TERLIPRESINA

- La dosis inicial es de 2 mg cada 4-6 horas en infusión continua. Reducir a partir de las 48 horas a 1 mg cada 4-6 horas en infusión.
- Contraindicaciones: embarazo. Contraindicación relativa: cardiopatía isquémica.

TABLA XVI HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS	ANCIANOS (> 65 AÑOS)
Divertículo de Meckel	Divertículo de Meckel	Enfermedad diverticular de colon	Enfermedad diverticular de colon
Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad. inflamatoria (colitis ulcerosa - enfermedad de Crohn)	Isquemia intestinal
Pólipos juveniles	Pólipos en colon y recto	Pólipos en colon y recto	
Reduplicación intestinal	Enterocolitis infecciosa	Cáncer colorrectal	Cáncer colorrectal
Malformaciones vascular	Malformaciones vasculares	Patología anal	
	Fiebre tifoidea	Fiebre tifoidea Angiodisplasia	Angiodisplasia

TABLA XVII DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HEMORRAGIA ALTA

VARICES ESOFÁGICAS

Generalidades

- Al aumentar la presión del sistema venoso portal, se abren comunicaciones portosistémicas (que habitualmente están cerradas), dando origen a colaterales que llevan a varices esofagogástricas, hemorroides y circulación colateral del abdomen. La rotura de varices -especialmente esofágicas, pero también gástricas- ocurre con mucha frecuencia y constituye la complicación más importante de la hipertensión portal.
- Gastropatía hipertensiva. Consiste en una displasia vascular adquirida, con dilatación difusa de los capilares de la mucosa gástrica. Constituye una causa persistente de la hemorragia digestiva. una vez que se obliteran las varices.

Etiología

Según el sitio de la obstrucción, la hipertensión portal se clasifica en: pre-hepática, intra-hepática y post-hepática. Sus causas más comunes, por orden de frecuencia son:

- Cirrosis hepática.
- Trombosis de la vena porta.
- Trombosis de la vena esplénica.
- Obstrucción de las venas suprahepáticas.

Clínica

- Hemorragia digestiva alta: constituye la manifestación clínica inicial más importante (80% de los pacientes). Es más severa en los pacientes con cirrosis hepática, en los cuales existen habitualmente trastornos de coagulación asociados.
- Esplenomegalia asintomática: es la segunda manifestación inicial más frecuente, después de la hemorragia digestiva (aproximadamente 20% de los casos).
- Ascitis: es una manifestación tardía en cirrosis y enfermedad hepática terminal. Es propia de la hipertensión intrahepática y suprahepática, pero puede aparecer transitoriamente en la obstrucción venosa portal aguda.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TABLA XVII **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HEMORRAGIA ALTA**

- Circulación colateral del abdomen.
- Hepatomegalia: presente en hipertensión intra- o supra-hepática.
- Estigmas de hepatopatía crónica y alteración de las pruebas de función hepática.

Diagnóstico

La demostración de várices esofágicas o gástricas se hace por:

- Endoscopia: Permite además efectuar tratamiento con ligadura con banda elástica.

ESOFAGITIS

La esofagitis y las ulceraciones esofágicas pueden producir hemorragia digestiva macroscópica, con hematemesis y melena, o bien microscópica (hemorragia oculta). La etiología más frecuente es la esofagitis péptica, secundaria a reflujo gastroesofágico no tratado. Otras causas son la esofagitis infecciosa (cándida o herpes), la medicamentosa, y las lesiones producidas por el tratamiento endoscópico.

Sintomatología endoscópico

- Acidez y ardor (pirosis), que el enfermo localiza en el epigastrio y en la región retroesternal.
- Regurgitaciones ácidas o vómitos, crónicos.
- Dolor retroesternal.
- Disfagia.
- Otros síntomas de reflujo gastroesofágico.

Diagnóstico

La sospecha de esofagitis es esencialmente clínica. El procedimiento de elección para confirmar la esofagitis, es la esofagoscopia.

Tratamiento

- Tratamiento del reflujo gastroesofágico y de otras causas específicas de esofagitis.
- IBP.

SÍNDROME DE MALLORY-WEISS

Se caracteriza por laceraciones no penetrantes de la mucosa del esófago distal o del estómago proximal. Se presenta después de eventos que provocan un aumento súbito de la presión abdominal, habitualmente por vómitos, y con menor frecuencia por náuseas, tos o convulsiones. El reflujo gastroesofágico puede ser un factor predisponente.

Clínica

Habitualmente los pacientes relatan haber presentado náuseas y vómitos no hemáticos, que precedieron a la hematemesis. El sangrado puede variar desde un episodio limitado de hematemesis, hasta una hemorragia masiva con melena y *shock*.

Diagnóstico

El mejor método diagnóstico es la endoscopia precoz, que permite confirmar la presunción diagnóstica y además efectuar una intervención terapéutica.

Tratamiento

En la mayoría de los pacientes, el sangrado se detiene espontáneamente y aparte del apoyo hemodinámico, no se requiere de ninguna terapia adicional. Si en el momento del examen, se comprueba la presencia de un sangrado activo, puede efectuarse una escleroterapia endoscópica o una electrocoagulación. Si el sangrado es masivo e impide una visualización adecuada de la lesión, se puede inyectar epinefrina en el área que la rodea, para permitir la electrocoagulación.

TABLA XVIII HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- **Hemorroides.** Es la causa más frecuente de emisión de sangre por el recto, y puede significar del 2 al 9% de HDB. Consisten en el crecimiento de los plexos vasculares hemorroidales interno y externo, clasificándose según ello en hemorroides internas, hemorroides externas y hemorroides interoexternas o mixtas. Las hemorroides internas se sitúan por encima de la línea pectínea y se hallan cubiertas por mucosa, mientras que las hemorroides externas lo hacen por debajo de la mencionada línea y están recubiertas por la piel de la región perianal; la combinación de ambos tipos de hemorroides es posible como consecuencia de la existencia de anastomosis libres entre los dos plexos hemorroidales. Las hemorroides internas se localizan de forma característica en tres posiciones primarias de la circunferencia anal: anterior derecha, posterior derecha y lateral izquierda, aunque en ocasiones pueden producirse pequeñas hemorroides internas secundarias en las posiciones posterior izquierda y anterior izquierda.
Las hemorroides internas se dividen en:
 - Hemorroides de primer grado, cuando sólo se introducen ligeramente en el canal anal.
 - Hemorroides de segundo grado, cuando se prolapsan a través del canal anal durante la defecación pero se reducen de forma espontánea.
 - Hemorroides de tercer grado, cuando el prolapso requiere reducción manual.
 - Hemorroides de cuarto grado, cuando son irreducibles.
- **Fisura anal.** La fisura anal es un desgarro longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea pectínea. La fisura anal aguda consiste en el desgarro superficial, mientras que la fisura anal crónica se debe a un desgarro profundo y se caracteriza por la presencia de una úlcera (en cuyo fondo se observan las fibras blanquecinas transversales de la porción distal del esfínter anal interno) con un nódulo inflamatorio en su extremo distal (hemorroide centinela) y una papila hipertrofiada en su extremo proximal. La fisura anal suele estar causada por un traumatismo del canal anal producido durante la defecación forzada de heces duras de gran tamaño; en algunos casos la existencia de alteraciones del tono esfínteriano es también importante. La pérdida de elasticidad del canal anal por cicatrización consecutiva a intervenciones quirúrgicas previas, o la práctica de coito anal, es un factor contribuyente. Una vez establecida la fisura anal, el espasmo secundario del esfínter anal interno constituye un factor de perpetuación. Otras causas de fisura anal son: esfuerzo defecatorio excesivo, enfermedad de Crohn, TBC, sífilis y carcinoma.
- **Pólipos y poliposis.** Comprenden entre el 5 y el 11% de las causas de HDB. Consisten en lesiones prominentes de la superficie de la mucosa colorrectal. Generalmente son únicos, aunque pueden ser numerosos y se localizan en la región rectosigmoidea especialmente en los últimos centímetros del recto. Se caracteriza por la eliminación indolora de pequeñas cantidades de sangre fresca, a veces con coágulos al final de la defecación. El tratamiento es la resección endoscópica para evitar nuevos sangramientos.
- **Neoplasia recto – colónica.** Es el desarrollo de células nuevas y anormales que pueden ser benignas o malignas. Las neoplasias son la causa de alrededor del 5% de todos los casos de hemorragia digestiva oculta, pero representan un porcentaje mucho más elevado si sólo se consideran los pacientes mayores de 60 años.
- **Diverticulosis colónica.** El 3 a 5% de los pacientes con diverticulosis colónica pueden presentar HDB, aunque en pacientes sobre los 60 años es la causa más común de HDB. Son herniaciones de la mucosa colónica a través, de la capa muscular submucosa, y la causa del sangrado es la erosión de un vaso en el fondo del divertículo.
- **Angiodisplasia o ectasias vasculares.** La angiodisplasia consiste en una proliferación vascular secundaria causando una dilatación de las paredes de las venas y capilares hasta llegar a la ruptura de uno de ellos y provocar una hemorragia.
- Son vasos sanguíneos ectásicos (dilatados) vistos en la mucosa y submucosa del colon e íleon, suele localizarse en el colon derecho, generalmente en el ciego y opuestas a la válvula ileocecal. Son lesiones degenerativas que aparecen después de los 60 años de edad y se asocian a otras enfermedades como las cardiovasculares, respiratorias, hepáticas o renales. Endoscópicamente aparecen como lesiones planas rojizas de 2 a 10 milímetros. Son de forma variable (oval, redonda o estrellada), y tienen márgenes protruyentes y digitiformes. Son causa del 3 al 12% de los casos de HDB.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TABLA XVIII HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- **Fiebre tifoidea.** La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa de origen entérico caracterizada, fundamentalmente, por manifestaciones generales, como fiebre, obnubilación, molestias abdominales, esplenomegalia y leucopenia, con intensa desviación a la izquierda. Puede cursar con complicaciones graves, como enterorragia y perforación. Provocado por la bacteria *S. typhi*.
- **Divertículo de Meckel.** Consiste en la persistencia del conducto vitelino intestinal y se localiza próximo a la válvula ileocecal. Es la causa más frecuente de HDB en niños y jóvenes, pero muy raro en adultos. Es un vestigio del conducto onfaloentérico debido a un defecto de su reabsorción. En raras ocasiones queda totalmente permeable, produciendo una fístula estercorácea, en otras obliterado por completo, en cuyo caso forma un cordón fibroso que une el intestino al ombligo y que puede ser causa de oclusión intestinal por acodamiento de alguna asa. Lo más frecuente es que persista como un pequeño apéndice implantado en el borde antimesentérico del intestino delgado, de unos 2-5 cm de longitud, constituyendo la anomalía congénita intestinal más frecuente, con una incidencia del 1-3% en la población general. El divertículo de Meckel suele encontrarse a unos 80-90 cm de la válvula ileocecal y, aproximadamente en la mitad de los casos. La mucosa es de tipo intestinal (ileal); en la otra mitad, la mayoría de las veces es gástrica, lo que determina y explica algunas de sus consecuencias patológicas. Cuando da síntomas (25-30% de los casos), suelen presentarse antes de los 2 años de vida, pero también puede permanecer silente hasta la edad adulta. Las manifestaciones clínicas se deben a procesos inflamatorios del divertículo, a los problemas mecánicos que puede crear y a la presencia de tejido heterotópico.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal.** La colitis ulcerosa corresponde del 2 al 8% de las causas del HDB y la enfermedad de Crohn a menos del 2%. El concepto de enfermedad inflamatoria del intestino se aplica a dos entidades nosológicas (clasificación de las enfermedades), la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, y define una afectación inflamatoria crónica del tubo digestivo de etiología desconocida que evoluciona de modo recurrente con brotes y remisiones y puede presentar diversas complicaciones y manifestaciones extradigestivas. En la colitis ulcerosa se afecta exclusivamente la mucosa del colon y del recto, que aparece friable y congestiva en forma difusa. En cambio, en la enfermedad de Crohn, también denominada enteritis regional o enteritis granulomatosa, el proceso inflamatorio engloba en profundidad la submucosa y las demás capas de la pared intestinal, se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes, puede afectar cualquier tramo del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, y su distribución es segmentaria, es decir, respeta zonas intermedias de intestino sano.
- **Colitis isquémica.** Representa del 3 al 9 % de la HDB, produce isquemia en el intestino que puede llevar a la necrosis del colon por infarto. Es la enfermedad isquémica más frecuente del aparato digestivo y la afección cólica más frecuente del anciano. En la mayoría de los casos tiene un origen arteriosclerótico. También puede ser secundaria a intervenciones quirúrgicas sobre la aorta, a cirugía colorrectal, a enfermedades hematológicas que cursan con hipercoagulabilidad, a amiloidosis (acumulación de una glucoproteína, amiloide), vasculitis y a situaciones de bajo gasto cardiaco. Puede afectarse cualquier zona del colon, pero las más vulnerables son el ángulo esplénico, el colon descendente y la unión rectosigmoide. Generalmente, las lesiones son difusas y segmentarias, con una longitud de unos 20 centímetros, aunque también pueden ser más pequeñas o afectar a todo el colon.
- **Enterocolitis infecciosa** (bacilares, amebianas, etc.). Consiste en la inflamación de colon e intestino delgado. Las enterocolitis infecciosas pueden causar rectorragia en asociación con un cuadro disentérico (inflamación del intestino). En raras ocasiones hay enterorragia importante debida a ulceraciones profundas ileocecales en pacientes con enteritis por *Campylobacter* sp, similares a las que se producen en la fiebre tifoidea. Las colitis por citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos pueden cursar también con hemorragia digestiva baja.
- **Enteritis actínica o por radiación.** Debido a su proximidad a los órganos pélvicos, a su relativa inmovilidad y a su alta radiosensibilidad, el recto-sigma y el ileon se afectan en el 4-10% de las pacientes tratadas con radioterapia por tumores ginecológicos.

(continúa)... ➡

(...) ➔

TABLA XVIII HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- **Trastornos de coagulación y tratamientos anticoagulantes.**
- **Tuberculosis intestinal.** Es una afección intestinal originada por micobacterias. Puede adquirirse en forma primaria por ingesta de leche de vaca contaminada por bacilos bovinos. El microorganismo origina un chancro en la mucosa intestinal y un ganglio satélite mesentérico que se calcifica. El chancro mucoso cierra sin dejar cicatriz.
- **Colitis pseudomembranosa.** Es una enfermedad diarreaica que se da con frecuencia en pacientes hospitalizados que han recibido antibióticos, produciendo sobrecrecimiento de *Clostridium difficile*, microorganismo anaeróbico, formador de esporas y productor de toxinas.
- **Tumores colónicos.** Representan del 2 al 26% de los casos de HDB, la causa del sangrado son las erosiones de la superficie luminal.
- **Duplicación intestinal.** Anomalía congénita consistente en la presencia de un quiste tubular o esférico unido íntimamente al borde mesentérico del intestino, pudiendo comunicar en ocasiones con la luz intestinal.
- **Invaginación intestinal.** Invaginación del intestino sobre sí mismo originando un cuadro de obstrucción intestinal.

TABLA XIX TRATAMIENTOS AL ALTA EN LA HD NO SECUNDARIA A HTP

- Lesiones agudas de la mucosa gástrica.
 - Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*.
 - Tratamiento de primera elección.
 - IBP a dosis habitual /12 h + claritromicina 500 mg/12 h + amoxicilina 1g/12 h, durante 7 días. En caso de alergia a la penicilina, metronidazol 500 mg/12 h.
 - Confirmar el éxito del tratamiento con la prueba de aliento con urea marcada con ¹³C, al menos 4 semanas después de haber finalizado el tratamiento erradicador y antisecretor. Cuando se requiere una segunda endoscopia (úlcera gástrica) se puede evaluar la curación mediante estudio histológico.
 - Fracaso del tratamiento erradicador: tratamiento de segunda línea.
 - IBP/12 h, tetraciclina 500 mg/8 h, metronidazol 500 mg/8 h y subcitrate de bismuto 120 mg/8 h durante 7 días.
 - Tratamiento de la cicatrización y prevención de la recidiva ulcerosa.
 - Tratamiento erradicador empírico a todos los pacientes con úlcera o erosiones gastroduodenales.
 - Mantener IBP durante 4 semanas en la úlcera duodenal, y 8 semanas en la gástrica.
 - Si requiere antiinflamatorios no esteroideos de manera continuada, terapia combinada con IBP y coxib, o alternativamente un coxib.

TABLA XX TRATAMIENTO AL ALTA CON IBP

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS IBP¹

NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS POR DÍA	ALIVIO COMPLETO DE LOS SÍNTOMAS ENTRE LAS 4 Y 8 SEMANAS, PORCENTAJE PROMEDIO DE PACIENTES (RANGO)	CICATRIZACIÓN DEL ESÓFAGO A LAS 8 SEMANAS, PORCENTAJE PROMEDIO DE PACIENTES (RANGO)	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS ²
Esomeprazol 20 mg	NA ³	87% (84%-91%)	87%
Esomeprazol 40 mg	73% (65%-82%)	90% (88%-92%)	93%
Lansoprazol 30 mg	70% (61%-80%)	86% (83%-90%)	91%
Omeprazol 20 mg	65% (54%-76%)	85% (81%-88%)	86%-92%
Pantoprazol 20 mg	77% (70%-84%)	77% (65%-88%)	55%-86%
Pantoprazol 40 mg	72% (62%-83%)	89% (86%-92%)	78%
Rabeprazol 20 mg	69% (52%-86%)	82% (76%-89%)	89%

¹ Información sobre la eficacia presentada sobre las concentraciones de la dosis de IBP que se han estudiado hasta el momento.

² Información de estudios individuales. Los rangos proporcionados reflejan múltiples estudios.

³ NA: Información no disponible.

REGÍMENES DE TRATAMIENTO CON IBP Y POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

IBP		
Omeprazol	20 mg/día	Raramente asociados con alteraciones de la función hepática, citopenias, reacciones de hipersensibilidad y descenso, no relevante clínicamente de los niveles de vitamina B12. El uso crónico de los IBP se ha relacionado en dos estudios con el desarrollo de gastritis atrófica después de 3-5 años de tratamiento
Lansoprazol	30 mg/día	
Pantoprazol	40 mg/día	
Rabeprazol	20 mg/día	
Esomeprazol	40 mg/día	

Fuente: Ontario Programme for optional therapeutic. 2000²³ y Clinical Evidence 2001⁵⁰.

INFUSIÓN EN FASE AGUDA DE IBP

Nombre genérico	Dosis de carga IV (infundir en 10-30min)	Dosis mantenimiento durante 72 horas	Comentarios
Omeprazol	80 mg	8 mg/hora	Se puede utilizar suero salino como vehículo. Una vez reconstituido el producto tiene una duración de 12 horas máximo
Pantoprazol	80 mg	8 mg/hora	
Esomeprazol	80 mg	8 mg/hora	

ANEXO I. PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA

Normas generales

- Acudirá en ayunas como norma general, salvo:
 - Si es diabético. En este caso, desayunará como lo hace habitualmente.
 - Si hace la colonoscopia por la tarde, en cuyo caso podrá tomar la dieta líquida que se indica más adelante.
 - En otras situaciones especiales que serán indicadas por su médico.
- El paciente deberá advertir si es alérgico algún medicamento.
- Deberá informar si padece enfermedad del corazón, riñón, hígado, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diabetes, hipertensión y en general cualquier enfermedad crónica importante. Debe advertir asimismo, si en exploraciones anteriores ha requerido el uso de antibióticos para prevención de endocarditis.
- Deberá acudir siempre con la información médica de que disponga (informes anteriores, análisis, ...).
- Esta prueba no requiere ingreso hospitalario. Puede hacerse de tres formas: sin premedicación, con premedicación (en general, uso de un calmante + un sedante en el hospital de día) y en casos especiales con anestesia (paciente dormido completamente). En este último caso, se le citará previamente en la consulta de anestesia para valoración.
- Si toma ANTI-INFLAMATORIOS (antireumáticos) y/o ASPIRINA (o derivados) DEBERÁ SUSPENDERLO una semana antes de la colonoscopia en el caso de los antiinflamatorios y 10 días antes en el caso de la aspirina, para lo cual deberá comentarlo con su médico. Si está ANTICOAGULADO, (SINTROM®) también deberá advertirlo por si fuera necesario cambiar el tipo de anti-coagulante.
- Dieta: los dos días anteriores a la exploración se seguirá una dieta pobre en residuos:

PUUEE TOMAR	NO PUEDE TOMAR
<ul style="list-style-type: none">• Arroz y pastas.• Caldos (no verduras).• Carnes y pescados a la plancha o hervidos.• Quesos duros.• Biscotes o galletas sin fibra.• Pan tostado y mantequilla en poca cantidad.• Zumos filtrados.• Café, té y líquidos sin gas.	<ul style="list-style-type: none">• Ensaladas, verduras y legumbres.• Frutas.• Patatas.• Carnes y pescados en salsa o estofados.• Embutidos.• Leche.• Grasas y pasteles.• Chocolate y bebida con gas.

El día anterior a la exploración, seguirá una dieta sin residuos y líquida: agua, caldos filtrados, café o té solos, infusiones, zumos de fruta colados y bebidas sin burbujas.

Si es diabético realizará la dieta de la diabetes, escogiendo los alimentos indicados anteriormente.

Limpieza intestinal

MÉTODO A

- Solución evacuante con polietilenglicol (Solución Evacuante Bohm).
 - Cita por la mañana. Comenzará a tomar la solución evacuante a partir de las 4 de la tarde tomando 1/4 litro de solución, cada 15 minutos, tal como se indica en el prospecto del preparado. Se puede administrar a diabéticos, pero puede haber contraindicación en algunas enfermedades crónicas, especialmente en insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal.
 - Cita por la tarde. Utilizar la misma pauta que se ha indicado anteriormente y que figura en las instrucciones del preparado, tomando los sobres entre las 8 y 12 de la mañana del mismo día de la prueba.
- Solución evacuante con fosfato sódico (Fosfosoda®):
 - Cita por la mañana. Si su prueba es por la mañana siga estas instrucciones:
 - Primera dosis: a las 10 de la mañana del día anterior a la exploración, tomará a pequeños sorbos la primera botella del preparado, disuelta en dos vasos de zumo de frutas o de agua fría y a continuación beberá otro vaso de zumo o agua. Procure beber más líquidos (infusiones, café, agua, caldos o zumos colados).

Entre la primera y segunda dosis sólo deberá beber líquidos en abundancia: infusiones, café, agua, caldos o zumos colados (dos litros mínimo).

- Segunda dosis: a las 8 de la noche del día anterior a la exploración tomará a pequeños sorbos la botella del preparado, disuelto en dos vasos de zumo de frutas o de agua fría y a continuación beberá otro vaso de zumo o agua. Procure beber más líquidos (infusiones, café, caldos o zumos colados).

A partir de este momento no deberá ingerir ningún alimento sólido hasta después de la cita, tomando únicamente líquidos (agua, zumos,) en abundancia.

- Cita por la tarde. Si su prueba es por la tarde siga estas instrucciones:

- Primera dosis: a las 8 de la noche del día anterior a la exploración tomará a pequeños sorbos la primera botella del preparado disuelto en dos vasos de zumo de frutas o de agua fría y a continuación beberá otro vaso de zumo o agua. Procure beber más líquidos (infusiones, café, agua, caldos o zumos colados).

Entre la primera y la segunda dosis de fosfosoda sólo deberá beber líquidos en abundancia: infusiones, café, agua, caldos o zumos colados (dos litros mínimo).

- Segunda dosis: a las 11 de la mañana del día de la exploración tomará a pequeños sorbos la segunda botella del preparado disuelto en dos vasos de zumo de frutas o de agua fría y a continuación beberá otro vaso de zumo o agua. Procure beber más líquidos (infusiones, café, agua, caldos o zumos colados).

A partir de este momento no deberá ingerir ningún alimento sólido hasta después de la cita, tomando únicamente líquidos (agua, zumos, ...) en abundancia.

Si padece insuficiencia renal o cardiaca grave consulte con su médico.

MÉTODO B: IRRIGACIONES (lavativa, enemas)

- La noche antes de la exploración se pondrá una irrigación de agua tibia (del grifo) de dos litros, no siendo necesario añadir nada en ella. Para ello deberá disponer de un irrigador y sus accesorios que puede solicitar en su farmacia. Llenará la bolsa con dos litros de agua, ajustará los accesorios y situado en la cama, tumbado sobre el lado izquierdo, introducirá suavemente la cánula por el ano, debiendo ayudarse para ello de un poco de vaselina. La bolsa con el líquido en principio deberá situarse a la altura del paciente e ir elevándola poco a poco con el fin de que el agua entre lentamente y pueda retenerse al máximo tiempo posible, 15 o 30 minutos, expulsándola con posterioridad.
- La mañana de la exploración pondrá otra irrigación de dos litros de igual manera que la noche anterior. Si al expulsar el agua, ésta sale sucia o todavía existen heces, repetirá la irrigación tantas veces como sea necesario hasta conseguir su desaparición y que el agua salga limpia.
- Otros sistemas para poner irrigaciones como pequeñas botellas de 1/4 litro de agua o la utilización de peras no son eficaces debiendo evitar su utilización.

MÉTODO C: IRRIGACIÓN + LAXANTE

Se combinarán las soluciones evacuentes y los enemas tal como especifique el médico.

ANEXO II. INFORMACIÓN SOBRE LA COLONOSCOPIA

¿Qué en una colonoscopia?

La colonoscopia es una exploración que permite la visualización directa de todo el intestino grueso y, si es necesario, la parte final del intestino delgado (íleon terminal), utilizando un tubo flexible que se introduce a través del ano.

¿Qué preparación se requiere?

Para poder realizar la exploración el intestino grueso debe estar limpio, para ello 3 ó 4 días antes seguirá una dieta exenta de fibra, suprimiendo frutas, verduras, legumbres pan integral, etc. El día antes de la prueba deberá tomar un preparado laxante.

El día de la prueba evitará la ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la noche anterior. En caso de que deba tomar alguna medicación lo hará cuanto antes ayudándose, si es necesario, de pequeños sorbos de agua.

Hay una serie de fármacos que pueden interferir con la realización de la colonoscopia, así es conveniente que 5-7 días antes de realizar la exploración no se tomen medicamentos del tipo de aspirinas, antiinflamatorios, anticoagulantes o medicamentos con hierro. Todo esto deberá comentarlo con su médico e indicarlo al personal que le atiende en la unidad de endoscopia.

Nos informará, asimismo, si padece alergia a algún tipo de medicación, si tiene algún problema cardíaco o respiratorio importante, si es usted portador de una prótesis valvular cardíaca, o si padece alguna enfermedad infecciosa del tipo de la hepatitis viral, etc.

¿Cómo se realiza la exploración?

El paciente, antes de entrar en la sala de endoscopia, deberá quitarse todos los objetos que lleve de metal (reloj, anillos, pulseras, collares, etc.), así como lentes de contacto, e indicará a la enfermera si es portador de un marcapasos cardíaco.

Se le administrará medicación del tipo de analgésicos y sedantes, para que la exploración sea menos molesta.

Durante la prueba puede experimentar molestias abdominales y sensación de hiperpresión abdominal, con necesidad de evacuar su intestino. El tiempo aproximado de la exploración oscila entre 15 y 60 minutos.

Durante la colonoscopia, si es necesario, se toman pequeñas muestras de mucosa (biopsias) para estudios de anatomía patológica.

En el caso de detectar pólipos, pueden ser extirpados usando un bisturí eléctrico. Otras técnicas paralelas que se utilizan son la administración de sustancias esclerosantes u otros métodos de coagulación para el tratamiento de focos de hemorragia, bandas elásticas para el tratamiento de hemorroides, balones neumáticos para dilatar zonas estrechas, etc.

Ninguno de estos procedimientos adicionales suelen provocar dolor, ya que la mucosa del intestino grueso no tiene terminaciones nerviosas sensitivas.

Después de la exploración

Es conveniente venir acompañado de un familiar o amigo, ya que la medicación administrada puede alterar marcadamente sus reflejos y su capacidad sensorial. Durante el resto del día evitará el conducir coches u otro tipo de vehículos o tomar decisiones importantes. Nosotros le sugerimos que descanse tranquilo después de la exploración.

Riesgos

Las complicaciones que pueden surgir aparecen en menos de 1 por cada 1.000 y pueden consistir la mayor parte de los casos en complicaciones menores: distensión del abdomen, dolor, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, raramente, complicaciones tipo: infección, aspiración bronquial, hemorragia, perforación y muy raramente parada cardiorrespiratoria. Usted debe informar a los médicos del servicio de digestivo en el caso de que presente dolor abdominal importante, acompañado de fiebre o de hemorragia rectal, en las horas o días posteriores a la colonoscopia.

ANEXO III. INFORMACIÓN AL ALTA SOBRE LA GASTROSCOPIA

¿Qué es una gastroscopia?

La gastroscopia es una exploración que permite la visualización directa de la parte alta del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno), utilizando un tubo flexible delgado.

Utilidad de la gastroscopia

La gastroscopia se realiza habitualmente con el fin de evaluar la causa de molestias abdominales: dolor, náuseas, dificultad para tragar, acidez, ardor, etc.

Es, asimismo, el método más eficaz para valorar la causa de hemorragias que tengan su origen en el tubo digestivo superior.

Por esta técnica se pueden detectar tumores en estadio precoz. Mediante la extracción de pequeñas muestras de mucosa que posteriormente son estudiadas al microscopio, se puede hacer la distinción entre lesiones benignas y malignas. La toma de estas biopsias no debe resultar preocupante ya que se realizan casi sistemáticamente y por motivos muy diferentes. Además de ser un método diagnóstico, la gastroscopia tiene un importante aspecto terapéutico. A través del canal del endoscopio, podemos pasar gran variedad de instrumental, que permite actuar sobre diversas lesiones: dilatación de zonas estenóticas (estrechas), extirpación de pólipos, extracción de cuerpos extraños, tratamiento de focos de hemorragia, etc., evitando o reduciendo la necesidad de transfusiones y la utilización de cirugía en un gran número de pacientes.

¿Qué preparación se requiere?

El estómago debe estar completamente vacío. Evitará la ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la noche anterior. En caso de que deba tomar alguna medicación, lo hará cuanto antes y ayudándose con pequeños sorbos de agua. Es importante no tomar antiácidos y no fumar antes de la prueba.

El paciente al que se le va a realizar la prueba debe comunicar al personal médico que se la va a hacer si es portador de una prótesis valvular cardíaca, si está tomando anticoagulantes (aspirina u otros fármacos), si padece algún problema cardíaco o respiratorio importante o alguna enfermedad infecciosa del tipo de la hepatitis, etc.

¿Cómo se realiza la exploración?

El doctor que va a realizar la exploración le explicará en qué consiste y qué es lo que debe hacer para tolerarla adecuadamente. Antes de la prueba, le administraremos un anestésico local para adormecer la garganta. Se colocará una boquilla para proteger su dentadura y una vez situado en una posición confortable, el médico le introducirá el endoscopio a través de la boca. Este aparato no interfiere su respiración y habitualmente no causa ningún dolor. La exploración dura aproximadamente entre 2 y 5 minutos. Existe la posibilidad de realizar la exploración con sedación o incluso con anestesia, con lo que incluso en personas muy nerviosas se puede hacer sin causarles ninguna molestia.

Después de la exploración

Finalizada la exploración, debe esperar unos minutos antes de intentar comer o beber líquido, hasta que desaparezca la anestesia de su garganta. Una vez que el efecto haya pasado, usted puede seguir su alimentación habitual.

El resultado de la gastroscopia se conoce una vez finalizada la misma. Si se han tomado biopsias y/o citología, se deberá esperar varios días para tener el diagnóstico definitivo.

Riesgo de la exploración

Las complicaciones que pueden surgir aparecen en menos de 1 por cada 1.000 y pueden consistir la mayor parte de los casos en complicaciones menores: distensión del abdomen, dolor, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, raramente, complicaciones tipo: infección, aspiración bronquial, hemorragia, perforación y muy raramente parada cardiorrespiratoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Sabah S, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2008 Apr; 6:418.
2. Alder DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. Gastrointest Endosc 2004;60:497-504.
3. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003;139:843-57.
4. BSG Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: guidelines. Gut 2002;51 (suppl IV):iv1-iv6.
5. Bunn F, Lefebvre C, Li-Wan-Po A, Li L, Roberts I, Schierhout G. Human albumin solution for resuscitation and volume expansion in critically ill patients. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD001208.
6. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert J, Campo R. Addition of a Second Endoscopic Treatment Following Epinephrine Injection Improves Outcome in High-Risk Bleeding Ulcers. Gastroenterology 2004;126:441-50.
7. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, Boelle PY. Erythromycin Infusion Prior to Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. The American Journal of Gastroenterology 2006.
8. Davila RE, Rajan E, Adler DG, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. Gastrointest Endosc 2005;62:656-60.
9. Domsky MF, Wilson RF. Hemodynamic resuscitation. Crit Care Clin 1993;10:715-26.
10. Espinosa Arranz E, González Barón M, Espinosa Arranz J. Medicina Clínica 1994;102:6.
11. Falk JL, O'Brien JF, Kerr R. Fluid resuscitation in traumatic hemorrhagic shock. Crit Care Clin 1992;8:323-40.
12. Fernández J, Ruiz del Arbol L, Gómez C, Durandez R, Serradilla R, Guarnier C, et al. Norfloxacin vs ceftriaxone in the prophylaxis of infections in patients with advanced cirrhosis and hemorrhage. Gastroenterology 2006 Oct;131(4):1049-56.
13. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003;26:70-85.
14. Fluid resuscitation in neonatal and pediatric hypovolemic shock: a Dutch Pediatric Society evidence-based clinical practice guideline. Intensive Care Med 2006;32:995-1003.
15. Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974;2:394-7.
16. Gould SA, Sehgal RL, Sehgal HR, Moss GS. Hypovolemic shock. Crit Care Clin 1993;9:239-59.
17. Graham CA, Parke TR. Critical care in the emergency department: shock and circulatory support. Emerg Med J 2005 Jan;22(1):17-21.
18. Guidelines for red blood cell and plasma transfusion for adults and children. Can Med Assoc J 1997;156:S1-S54.
19. Höcker P, Hartmann T. Management of massive transfusion. Acta Anaesthesiol Scand Suppl 1997;111:205-7.
20. Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. British Society of Gastroenterology. Gut 2000 Jun;46 (suppl 3-4):iii1-iii15.
21. Lanás A, Artal A, Blás JM, Arroyo MT, Lopez-Zaborras J, Sáinz R. Effect of parenteral omeprazole and ranitidine on gastric pH and the outcome of bleeding peptic ulcer. J Clin Gastroenterol. 1995 Sep;21(2):103-6.
22. Larssen L, Moger T, Bjornbeth BA, Lygren I, Klow NE. Transcatheter arterial embolization in the management of bleeding duodenal ulcers: a 5.5-year retrospective study of treatment and outcome. Scand. J Gastroenterol. 2008;43(2):217-22.
23. Lau J, et al. Omeprazole before Endoscopy in Patients with Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med. 2007, 356 (16):1631-40.
24. Lau JYW, Sung JY, Lam YH, Chan ACW, Ng EKW, Lee DWH, et al. Endoscopic re-treatment versus surgery in patients rebleeding after initial endoscopic ulcer hemostasis: a prospective randomized controlled trial. N Engl J Med 1999;340: 751-6.
25. Lo GH, Liang HL, Chen WC, Chen MH, Lai KH, Hsu PI, et al. A prospective, randomized controlled trial of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus cyanoacrylate injection in the prevention of gastric variceal rebleeding. Endoscopy 2007 Aug;39(8):679-85.
26. Manning JE. Fluid and blood resuscitation. In: Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 6 ed. McGraw-Hill; 2004. p.225-31.
27. Martin DJ, Lucas CE, Ledgerwood AM, Hoschner J, McGonigal MD, Grabow D. Fresh frozen plasma supplement to massive red blood cell transfusion. Ann Surg 1985;202:505-11.
28. Moreno Martínez A, Gatell Artigas JM, Mensa Pueyo J, Valls ME, Vila J, Claramonte J, et al. Incidencia de enteropatógenos en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Medicina clínica 1994;102(6): 205-8.
29. Qureshi W, Alder DG, Davila R, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005. Gastrointest Endosc 2005;62:651-5.
30. Rivers EP, Otero RM, Nguyen HB. Approach to the patient in shock. In: Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 6 ed. McGraw-Hill; 2004. p.219-25.
31. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal hemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Lancet 1996;347:1138-40.
32. Sanchez M, Bilbao G, Virosta A, Perez B, Miguel Pancolitis por Clostridium difficile, con brote recidivante. Rev Esp Enferm Dig. 1996 Jul;88(7):520-1.
33. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos SETS. 3ª Edición 2006.
34. Sung-Jo Bang, Jun Bum Eum, in Du Jeong, Seok Won Jung, Jung Woo Shin, Neung Hwa Park, Do H.A. Kim, Ji-Ho Lee, Young Ki Jung. Endoscopic Papillary Large Balloon Dilation Compared to Endoscopic Sphincterotomy for Removal of Large Common Bile Duct Stones. Gastrointestinal Endoscopy April 2007 (Vol. 65, Issue 5, Page AB214).
35. Tan PC, Hou MC, Lin HC, Liu TT, Lee FY, Chang FY, Lee SD. A randomized trial of endoscopic treatment of acute gastric variceal hemorrhage: N-butyl-2-cyanoacrylate injection versus band ligation. Hepatology. 2006 Jun;43(6):1410.
36. Tsiouris P, Zintzaras E, Lappas C, Moussia M, Tsianos G, Galeas T, et al. High-dose pantoprazole continuous infusion is superior to somatostatin after endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding. Am J Gastroenterol 2007 Jun;102(6):1192-9.
37. The American College of Surgeons. Shock. In: The American College of Surgeons, editor. Advanced trauma life support. 1990. p.59-73.

CONSEJOS PARA EL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

- Si ha sido atendido por haber sufrido una hemorragia digestiva, durante algún tiempo debe de fijarse en algunos aspectos para confirmar que el sangrado no se ha repetido.
- Si tiene alguno de los siguientes síntomas debe consultar de nuevo en el área de Urgencias:
 - Vómitos.
 - Vómitos de sangre u oscuros.
 - Deposiciones rojas.
 - Deposiciones negras (es normal que la sangre retenida en el tubo digestivo sea eliminada a las 24-48 horas pero más allá, las heces deben de ser de color y consistencia normales).
- Puede tener algunas molestias de garganta si ha tenido una sonda nasogástrica o le han realizado una endoscopia.
- La dieta a seguir será la recomendada por su médico al alta del hospital pero en todo caso tanto el alcohol como el café y el tabaco pueden favorecer el sangrado digestivo y por lo tanto se deben evitar.
- El sangrado digestivo, independientemente de la lesión encontrada, puede estar favorecido por una serie de medicamentos que debe evitar:
 - Aspirina.
 - Antiinflamatorios.
 - Corticoides.
- Debe seguir el tratamiento recomendado y acudir a la cita prevista para su revisión si así le ha sido recomendado.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE

De forma global, ¿cómo definiría la atención recibida en el Servicio de Urgencias?

Excelente Muy buena Buena Aceptable

Si usted tuviera un problema similar, ¿acudiría de nuevo al Servicio de Urgencias?

Sí No

¿Le ha comunicado algún miembro del Servicio de Urgencias el tiempo que tardarían en verle?

Sí No

¿Ha existido algún momento durante su estancia en el Servicio de Urgencias que necesitara ayuda y no la recibiera?

Sí No

¿Le han comentado cómo debe usar y cuándo volver al Servicio de Urgencias?

Sí No

¿Ha considerado que le han explicado suficientemente su problema?

Sí No

¿Le han explicado claramente el resultado de sus análisis o pruebas?

Sí No

¿Le han explicado cuándo puede volver a hacer vida normal?

Sí No

Demografía

Español Inmigrante

Edad

Menor de 30 años De 30 a 40 años De 41 a 60 años Mayor de 60 años

EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE LA VÍA

PORCENTAJE DE USO DE LA VÍA	
HDA	$\frac{\text{Número de casos incluidos en la vía con HDA} \times 100}{\text{Número de casos totales de HDA vistos en un periodo}}$
HDB	$\frac{\text{Número de casos incluidos en la vía con HDB} \times 100}{\text{Número de casos totales de HDA vistos en un periodo}}$
INDICADORES SOBRE EL SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES	
HDA	Porcentaje de riesgo alto de resangrado $\frac{\text{Pacientes con HDA con Rockall Clínico} > 2 \times 100}{\text{Pacientes con HDA en los que tienen valoración de Rockall}}$
	Realización de endoscopia urgente $\frac{\text{Pacientes con HDA a los que se realiza endoscopia y tienen calculado Rockall} \times 100}{\text{Pacientes con HDA con Rockall Clínico} > 2}$
HDB	$\frac{\text{Pacientes con HDB que ingresan} \times 100}{\text{Número total de pacientes con HDB}}$
INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO	
INDICADOR DE INFORMACIÓN	Altas en pacientes de bajo riesgo de resangrado $\frac{\text{Pacientes con HDA con Rockall Clínico} \leq 2, \text{ dados de alta} \times 100}{\text{Pacientes con HDA en los que tienen valoración de Rockall}}$

REGISTRO DE PACIENTES INCLUIDOS EN LA VÍA

1. Clasificación de sospecha

Hemorragia digestiva alta Sí No
Hemorragia digestiva alta con hipertensión portal Sí No
Hemorragia digestiva baja Sí No

2. Variables comunes

Edad
Género Mujer Hombre

3. Seguimientos y manejo

Tacto rectal Sí No
Sonda nasogástrica Sí No
Endoscopia urgente (<6h) Sí No
Endoscopia diferida (>6h) Sí No
Esclerosis Sí No
Ligaduras Sí No
Sobrecargas de volumen Sí No
Somatostatina Sí No
Sonda Sengstaken-Blakemore Sí No
Fibroendoscopia de colon urgente Sí No
Fibroendoscopia de colon diferida Sí No

4. Escalas de gravedad

Rockall Clínico



Rockall Total



Blatchford



5. Diagnóstico final en Urgencias

No identificada Sí No
Hemorragia digestiva alta Sí No
Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal Sí No
Hemorragias digestivas bajas Sí No

6. Destino desde Urgencias

Alta domicilio Sí No
Ingreso hospital Sí No
Fallecimiento en Urgencias Sí No

Valores de los scores

1. Rockall Clínico de 0-7 puntos (cálculo adición simple)

- Edad: < = de 60 años (0 puntos). > 60 y < 79 (1 punto). > = 79 (2 puntos).
- *shock*: TA sistólica = 100 y FC menor de 100 (0 puntos). TA sistólica = 100 y FC mayor de 100 (1 punto). TA sistólica menor de 100 (2 puntos).
- Comorbilidad: no comorbilidad mayor (0 puntos). IC, cardiopatía isquémica, otra comorbilidad mayor (2 puntos). Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, neoplasia diseminada (3 puntos).
- Diagnóstico: Mallory-Weis, no lesión identificada y no estigmas de sangrado reciente (0 puntos). Cualquier otro diagnóstico (1 punto). Neoplasia del tracto GI superior (2 puntos).

2. Rockall Total de 0-9 puntos (cálculo adición simple)

- Edad: < = de 60 años (0 puntos). > 60 y < 79 (1 punto). > = 79 (2 puntos).
- *shock*: TA sistólica = 100 y FC menor de 100 (0 puntos). TA sistólica = 100 y FC mayor de 100 (1 punto). TA sistólica menor de 100 (2 puntos).
- Comorbilidad: no comorbilidad mayor (0 puntos). IC, cardiopatía isquémica, otra comorbilidad mayor (2 puntos). Insuficiencia renal, insuficiencia hepática; neoplasia diseminada (3 puntos).
- Diagnóstico: Mallory-Weis, no lesión identificada y no estigmas de sangrado reciente (0 puntos). Cualquier otro diagnóstico (1 punto). Neoplasia del tracto GI superior (2 puntos).
- Estigmas e hemorragia reciente: ninguno o sólo "mancha oscura" (0 puntos). Sangre tracto GI alto, coágulo adherido, vaso visible (2 puntos).

3. Score de Blatchford (cálculo adición simple)

		Puntuación
- Urea (mg/dl)	< 18,5	0
	> = 18,5 y < 23	2
	= 23 y < 29	3
	> = 29 y < 70	4
	> = 70	6
- Hemoglobina (dg/l) Hombres	> = 13	0
	> = 12 y < 13	1
	> = 10 y < 12	3
	< 10	6
- Hemoglobina (dg/l) Mujeres	> = 12	0
	> = 10 y < 12	1
	< 10	6
- TAS	> = 110	0
	> = 100 y < = 109	1
	> = 90 y < = 99	2
	< 90	3
- FC	> = 100	1
	< 100	0
- Melena	Sí	1
- Síncope	Sí	2
- Enfermedad hepática	Sí	2
- Insuficiencia cardíaca	Sí	2

(Si la respuesta es No, la puntuación sería 0)

VÍA CLÍNICA HEMORRAGIA DIGESTIVA

TIEMPO I

ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN

<p>RECORRIDO Y UBICACIÓN DEL FAMILIAR Y PACIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RECIBIR, CLASIFICAR Y PRIORIZAR AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TRIAJE. • CONSIDERAR SIEMPRE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA UNA SITUACIÓN DE ALTA PRIORIDAD. • UBICAR AL PACIENTE EN LUGAR DETERMINADO SEGÚN SU SITUACIÓN CLÍNICA (asegurando la intimidad y con ayuda del celador): <ul style="list-style-type: none"> - Llegada con SEM, siempre en camilla: <ul style="list-style-type: none"> • Intubado y/o RCP y/o shock: traslado inmediato a BOX DE REANIMACIÓN O CRÍTICOS. • Resto de casos: traslado rápido a BOX DE VISITA. - Llegada por otros medios: <ul style="list-style-type: none"> • PCR y/o disminución nivel de conciencia y/o shock moderado-severo (Tabla I): traslado inmediato en camilla a BOX DE REANIMACIÓN O CRÍTICOS. • Resto de casos: traslado rápido, en silla o camilla (nunca a pie), a BOX. • UBICAR A LOS FAMILIARES EN LA SALA DE ESPERA DE FAMILIARES.
<p>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICARSE COMO MÉDICO Y/O ENFERMERO/A. • HOJA INFORMATIVA Y CONTACTO CON EL SERVICIO DE INFORMACIÓN.
<p>CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES</p>	<p>PASO DEL PACIENTE, SEGÚN PRIORIZACIÓN, A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BOX DE REANIMACIÓN O CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Si intubación y/o PCR: iniciar soporte vital básico y avanzado. - Si shock: <ul style="list-style-type: none"> • Considerar en primer lugar la hipovolemia e iniciar tratamiento (tabla II). • Si disminución conciencia, valorar protección vía aérea (intubación). • Si no se consigue su estabilización, valorar por CIRUGÍA. • Si se estabiliza, pasar a tiempo 2. • BOX: resto de casos. Pasar a tiempo 2.
<p>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</p>	
<p>AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si se dispone de un triaje estructurado (ej. SET): aplicar sus escalas. • Si no se dispone de triaje estructurado: <ul style="list-style-type: none"> - Como norma: toda sospecha clínica o evidencia de hemorragia digestiva debería ser inmediatamente valorada con toma de constantes vitales y, eventualmente, visita priorizada en función de las mismas. - Informes previos, si existen y se aportan. - Historia clínica previa, si existe, si está informatizada y rápido acceso.
<p>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de Urgencias. • Hoja de registro de enfermería. • Sistema de identificación del paciente. • Hoja informativa al acompañante/usuario.

<p>RECORRIDO Y UBICACIÓN DEL FAMILIARY PACIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UBICACIÓN DEL PACIENTE, según prioridad asignada en TIEMPO I: <ul style="list-style-type: none"> - BOX DE REAMIMACION o DE CRÍTICOS. - BOX. • UBICACIÓN DEL FAMILIAR: en sala espera de pacientes o acompañantes (según necesidad de información adicional).
<p>INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICARSE COMO MÉDICO Y/O ENFERMERO/A. • PRIMERA INFORMACIÓN AL PACIENTE sobre la valoración inicial o primera impresión y pasos a seguir. • PRIMERA INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES sobre la valoración inicial o primera impresión (siempre que los primeros hallazgos así lo aconsejen) Y PASOS A SEGUIR. • COMUNICAR Y EXPLICAR LAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE SE VAYAN A REALIZAR.
<p>CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES</p>	<p>ASEGURAR LA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar clínicamente la cantidad de pérdida hemática (Tabla I). • Si <i>shock</i> en cualquier momento, ver Tablas II, III y III. En caso de no conseguir la estabilidad hemodinámica, valorar por cirugía. • Resto de casos: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de una vía periférica de calibre grueso, valorando la necesidad de establecer una segunda vía periférica. Extracción de sangre para analítica (ver pruebas complementarias). - Hidratación dependiendo de los signos vitales (Tabla II) y comorbilidades (valorar necesidad de colocar PVC). • Corrección de la coagulopatía, si existe (Tabla V). <p>DEMOSTRAR Y ESTIMAR EL ORIGEN DEL SANGRADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> - Absoluto: demostración de hematemesis y/o melena/enterorragia/hematoquecia (rectorragia) (Tabla VI). - Relativo: demostración de caída del hematocrito y/o signos de hipovolemia en un enfermo que refiere hemorragia digestiva. • Demostración del sangrado y estimación de su origen (alto/bajo): <ul style="list-style-type: none"> - Tacto rectal: <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones: siempre que existe sospecha de hemorragia digestiva. • Permite objetivar melena o enterorragia o hematoquecia (rectorragia). • La presencia de melena apoya firmemente una HDA, mientras que la rectorragia apoya firmemente una HDB. El 10-20% de HDA pueden cursar con enterorragia. • Un tacto rectal normal no descarta hemorragia digestiva. - Colocación de SNG: <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> - En caso de hematemesis o melena/enterorragia o, en ausencia de ambos, si el paciente refiere hemorragia digestiva.

(continúa)... ➡

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y
TRATAMIENTO MÉDICO.
CUIDADOS GENERALES**

- En caso de rectorragia sin hematemesis: si existen signos de hipovolemia.
- Tipos de aspirado (Tabla VII).
- Si existe sensación nauseosa marcada y/o vómitos, metoclopramida 1 amp ev.
- Un aspirado limpio no descarta hemorragia digestiva.
- Si un aspirado es hemático (cualquier tipo), realizar lavados con suero fisiológico hasta que el aspirado se torne limpio (indicación de que la hemorragia ha cedido y como preparación para la endoscopia).

EN FUNCIÓN DE LOS HALLAZGOS, UTILIZAR EL ALGORITMO I PARA CLASIFICAR LA HEMORRAGIA (ALGORITMO I).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN PORTAL

- Estratificación clínica del riesgo de resangrado y mortalidad:
 - Riesgo bajo: aproximadamente en el 80% de pacientes es autolimitada.
 - Riesgo alto: en el restante 20% no se autolimita o recurre. Los factores de riesgo son:
 - Para resangrado (ver Tabla VIII).
 - Para mortalidad (ver Tabla IX).
- Tratamiento empírico:
 - IBP (algoritmo I, Tabla XX)
- Fibrogastroscoopia:
 - Indicaciones:
 - Inmediata-emergente: pacientes de riesgo alto sin contraindicaciones. En la hemorragia masiva en la que no es posible conseguir la estabilidad hemodinámica y persiste la situación de *shock* hipovolémico, es aconsejable la endoscopia intraoperatoria para decidir el tratamiento quirúrgico urgente.
 - Diferida precoz (en las primeras 24 horas): el resto.
 - Contraindicaciones: IAM reciente, insuficiencia respiratoria o cirugía reciente, deberá valorarse según la gravedad de la hemorragia. Asimismo, en caso de coma de cualquier etiología será imprescindible la intubación previa para prevenir la broncoaspiración.
 - Estratificación pronóstica clínico-endoscópica (puntuación de Rockall) (Tabla X).
- En todos estos pacientes se debe descartar infección por *Helicobacter pylori*.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ATRIBUIBLE A HIPERTENSIÓN PORTAL

- Fibrogastroscoopia:
 - Indicaciones:
 - Inmediata-emergente: siempre puesto que permite un diagnóstico etiológico exacto (a pesar de la hipertensión portal, la causa puede deberse a una lesión no relacionada con la misma).
 - Diferida precoz (en las primeras 24 horas): cuando no existe disponibilidad de la misma las 24 horas del día. En estos casos aplicar esquema terapéutico del algoritmo II.

(...) ➡

TIEMPO II ASISTENCIA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES

- Contraindicaciones: IAM reciente, insuficiencia respiratoria o cirugía reciente, deberá valorarse según la gravedad de la hemorragia. Asimismo, en caso de coma de cualquier etiología será imprescindible la intubación previa para prevenir la broncoaspiración.
- Tratamiento empírico:
 - Indicaciones:
 - Sospecha de HDA atribuible a hipertensión portal y FGS diferida.
 - Inestabilidad hemodinámica antes de la FGS.
 - Fármacos:
 - IBP (Algoritmo II, Tabla XX).
 - Somatostatina: bolus de 250 µg (si es necesario puede repetirse en 5 min), seguido de perfusión intravenosa (3 mg en 250 ml de SG 5% a pasar a 21 ml/h).
 - Terlipresina: 0,5 a 2 mg en bolo cada 4 horas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- Fibrocolonoscopia:
 - Indicaciones:
 - Diferida precoz (en las primeras 24 horas): cuando antes si al menos 2 criterios:
 - Si ha existido inestabilidad hemodinámica.
 - Si se ha producido una caída de 2 g/dl en la hemoglobina.
 - Si se ha precisado transfusión de 2 o más concentrados de hematíes.
 - Preparación urgente.
 - Contraindicaciones.
 - Diferida tardía (pasadas 24 horas y tras preparación estándar): el resto.
 - Arteriografía/gammagrafía con hematíes marcados con Tc99 urgente:
 - Indicaciones: cuando persisten las indicaciones de fibrocolonoscopia precoz y ésta no se ha podido realizar o no ha sido terapéutica (lesión no identificada o fracaso terapéutico) y la situación clínica del paciente no obliga a una cirugía inmediata.
 - Valorar necesidad de traslado hospitalario.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma completo, glucemia, ionograma y función renal (opcional bioquímica hepática).
- Pruebas de coagulación: tiempo de tromboplastina parcial activada y de protrombina.
- Pruebas cruzadas.
- Endoscopia digestiva.

AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

OBJETIVOS GENERALES

- Asegurar la estabilidad hemodinámica del paciente.
- Demostrar y estimar el origen del sangrado:
 - Hemorragia digestiva alta (HDA): pérdida de sangre por una lesión digestiva proximal al ligamento de Treitz.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TIEMPO II

ASISTENCIA

AYUDAS

DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

- Hemorragia digestiva baja (HDB): pérdida de sangre por una lesión digestiva distal al ligamento de Treitz.
- Clasificación sindrómica del origen del sangrado.
- Realización de endoscopia digestiva para:
 - Determinar el origen del sangrado.
 - Realizar tratamiento endoscópico si procede.
 - Evitar la recurrencia.

ANAMNESIS DIRIGIDA

- Edad.
- Antecedente de sangrado digestivo previo.
- Comorbilidades: úlcera, cirrosis, cáncer, angiodisplasia, divertículos, hemorroides, hemopatías, intervenciones quirúrgicas digestivas previas,...
- Medicaciones (AINE, dicumarínicos).
- Enolismo, tabaquismo.
- Dispepsia ulcerosa. Dolor neoplásico.
- Cambio ritmo deposicional, síndrome constitucional.
- Náuseas y vómitos previos (posible Mallory-Weiss).
- Prótesis aórtica. Posibilidad de fistula aorto-entérica.

EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA

- ABC.
- Constantes vitales. La colocación de una sonda nasogástrica se considera el “quinto signo vital” en los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva.
- Presencia o ausencia de signos de hipoperfusión (frialdad, sudoración profusa, palidez).
- Examen nasal y de orofaringe para descartar sangrado a ese nivel.
- Examen de piel y abdomen:
 - Piel: equimosis, petequias, telangiectasias, signos de hepatopatía crónica, palidez/ictericia conjuntival.
 - Abdomen: hepatoesplenomegalia, ascitis, tacto rectal (obligatorio).

CLASIFICACIÓN SINDRÓMICA DEL ORIGEN DEL SANGRADO

- Hemorragia digestiva alta no atribuible a hipertensión portal:
 - Anamnesis compatible o negativa, sin antecedentes de hepatopatía y/o hipertensión portal.
 - Exploración física sin estigmas de hepatopatía crónica, ascitis, ictericia ni encefalopatía.
 - Tacto rectal con melenas y, menos frecuente, enterorragia, incluso rectorragia o normal.
 - Aspirado hemático (cualquier tipo) o, incluso, limpio.
- Hemorragia digestiva alta atribuible a hipertensión portal:
 - Anamnesis con antecedentes de hepatopatía y/o hipertensión portal.

(continúa)... ➡

(...) ➔

TIEMPO II

ASISTENCIA

**AYUDAS
DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS**

- Exploración física con estigmas de hepatopatía crónica, ascitis, ictericia o encefalopatía.
- Tacto rectal con melenas y, menos frecuente, enterorragia, incluso rectorragia o normal.
- Aspirado hemático (cualquier tipo) o, incluso, limpio.
- Hemorragia digestiva baja:
 - Anamnesis compatible o negativa, sin antecedentes de hepatopatía y/o hipertensión portal.
 - Exploración física sin estigmas de hepatopatía crónica, ascitis, ictericia ni encefalopatía.
 - Tacto rectal con rectorragia y, menos frecuente, enterorragia o normal.
 - Aspirado limpio.
- Hemorragia digestiva de origen dudoso:
 - Se considerará, de entrada, como una HDA no atribuible a hipertensión portal.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- DOCUMENTACIÓN DE VARIACIÓN.
- DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN.

RECORRIDO Y UBICACIÓN DEL FAMILIAR Y PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • UBICACIÓN DEL PACIENTE: <ul style="list-style-type: none"> - Revalorar al paciente y, por lo tanto, la necesidad de una sala de críticos cercana por las posibles complicaciones que puedan suceder. - Evitar el desplazamiento del paciente sin una adecuada monitorización y vigilancia. • UBICACIÓN DEL FAMILIAR: <ul style="list-style-type: none"> - En la sala de espera de familiares. - Informar sobre los desplazamientos del paciente en el tiempo 3 (endoscopias, ...).
INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la evolución del paciente. • Comunicar las técnicas invasivas que se han realizado y las complicaciones que pueden tener a corto plazo.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición del <i>shock</i> hipovolémico (Tabla I) y en caso de su aparición mantener una correcta reposición de líquidos y sangre así como el tratamiento con drogas vasoactivas cuando sea necesario. • Comprobar la efectividad del tratamiento realizado en el tiempo 2 vigilando su estabilidad. <p>TRATAMIENTO GENERAL INICIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis antibiótica en la endoscopia (Tabla XII). • Profilaxis de complicaciones (Tabla XIV). • Dieta absoluta. • Vía aérea: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes inconscientes con hematemesis: decúbito lateral en Trendelenburg. - Administración de oxígeno mediante cánula nasal. • Reposición de la volemia: debe conseguir: <ul style="list-style-type: none"> - Buena perfusión periférica. - PVC entre 5-12 cmH₂O. - Diuresis > 30 ml/h. - TAs > 100 mmHg. - FC < 100. • Acceso venoso: <ul style="list-style-type: none"> - Dos vías periféricas gruesas. - Vía central bilumen para medir la PVC en casos de HD graves/masivas y en pacientes cardiopatas. • Inestabilidad hemodinámica: comentar a Cirugía y/o UCI. Iniciar la perfusión con 500 ml de solución coloide a pasar en 30-60 min, seguida de administración de solución salina o Ringer-lactato según la situación hemodinámica. • Si se requieren más de 2.000 ml: utilizar cierta proporción de coloides para evitar pérdida excesiva de presión oncótica. • <i>Shock</i>: ritmo de infusión 1.000-2.000 ml/h.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TIEMPO III

EVOLUCIÓN, ESPERA Y OBSERVACIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES

• **Transfusión de concentrados de hematíes:**

- *Shock* hipovolémico o pérdida sanguínea superior al 30% (síntomas de hipoxemia tisular: inquietud, estupor, disnea, angor,...).
- Resto de casos:
 - Sin hipoxia o factores de riesgo si Hb <7 mg/dl (Hto <25%).
 - Si isquemia cerebral, enfermedad cardiorrespiratoria o riesgo alto de recidiva el límite será Hb <9 mg/dl (Hto <30%).

• **Situaciones especiales: comentar con hematólogo.**

- Pacientes anticoagulados o con coagulopatías: valorar la administración de vitamina K iv y/o plasma (1 unidad/10-15 kg de peso, y repetir estudio).
- Trombopenias (< 50.000/mm³) y hemorragia activa: transfundir plaquetas (1 unidad/10 kg de peso).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Pacientes sin HTP

Tratamiento farmacológico:

- IBP (Tabla XX).
- Estudios recientes sugieren que esomeprazol en bolus + perfusión (Tabla XX) reduce significativamente el tanto por ciento de recidivas tras el tratamiento hemostático endoscópico.
- La somatostatina puede reducir la recidiva de la hemorragia por úlcera (Tabla XV).

Tratamiento endoscópico:

Indicaciones (Tabla XIII)

- El tratamiento hemostático endoscópico ha demostrado su eficacia en la reducción de la recidiva de la hemorragia, la necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia y la mortalidad por úlcera gástrica o duodenal que presentan:
 - Hemorragia activa a chorro o en sábana.
 - Vaso visible no sangrante.
 - Coágulo adherido.
- El tratamiento hemostático endoscópico siempre debe ser combinado. El tratamiento endoscópico es la primera elección en caso de recidiva.
- Cuando estos signos de hemorragia reciente se observan en otras lesiones como Mallory-Weiss, lesiones vasculares o tumores, también puede indicarse el tratamiento endoscópico, aunque en estos casos su eficacia no ha sido totalmente establecida.

Tratamiento quirúrgico:

- El tratamiento quirúrgico de urgencia está indicado en la hemorragia masiva o en la hemorragia con sangrado activo arterial que no se controla con el tratamiento endoscópico.

(continúa)... ➡

(...) ➡

TIEMPO III EVOLUCIÓN, ESPERA Y OBSERVACIÓN

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y
TRATAMIENTO MÉDICO.
CUIDADOS GENERALES**

Pacientes con HTP (Tabla XI)

- **Taponamiento con balón.**
- **Endoscopia terapéutica.**
- **Derivación portosistémica.**

Tratamiento preventivo de la recidiva hemorrágica: las alternativas terapéuticas son las siguientes:

- *Banding*: es el tratamiento de elección. Se usa inyección intra o paravari-cosa. Tiene muy baja mortalidad y disminuye la recurrencia de sangrados.

TRATAMIENTO TRAS ENDOSCOPIA

Dieta

- Los casos en los que la endoscopia no sea concluyente y sea necesario repetirla a las 24 horas, deberán permanecer a dieta absoluta.
- En pacientes estables, con lesiones de riesgo bajo y sin sangrado activo, puede indicarse la administración de una dieta líquida dos horas después de la realización de la endoscopia.
- En pacientes con úlcera péptica sin signos de sangrado reciente, o en aquéllos en los que se haya aplicado tratamiento endoscópico local, se indicará dieta absoluta al menos durante las primeras 24 horas.
- Debe monitorizarse la persistencia del sangrado mediante observación de las heces y determinación de urea en sangre, y mantener al paciente a dieta hasta la desaparición del sangrado.

Fluidoterapia

Pacientes en dieta absoluta:

- Glucosalino: 2.500 cc de suero en 24 horas.
- Según el volumen perdido los requerimientos pueden ser mayores.
- Valorar necesidad de transfusión de concentrado de hematies.

Tratamiento farmacológico

Pacientes con HTP

- IBP (Tabla XX).
- Prevención encefalopatía (Tabla XIV).
- Prevención de lesiones agudas en mucosa gástrica (Tabla XIV).
 - Evidencias recientes también sugieren que el omeprazol en perfusión continua endovenosa –bolus inicial de 2 ampollas de omeprazol (80 mg) en 100 cc de suero fisiológico a pasar en 20 minutos, seguido de 80 mg (2 ampollas) cada 12 horas durante 3 días– reduce significativamente el porcentaje de recidivas tras el tratamiento hemostático endoscópico.
- Prevención de peritonitis bacteriana (Tabla XIV).

(continúa)... ➡

(...) ➡

TIEMPO III

EVOLUCIÓN, ESPERA Y OBSERVACIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES

Pacientes sin HTP

- IBP (Tabla XX).
- Estudios recientes sugieren que esomeprazol en bolus + perfusión (Tabla XX) reduce significativamente el tanto por ciento de recidivas tras el tratamiento hemostático endoscópico.
- La somatostatina puede reducir la recidiva de la hemorragia por úlcera (Tabla XV).

TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA

- El tratamiento de elección de la recidiva de la hemorragia es el tratamiento hemostático.
- En los pacientes que ya han sido tratados endoscópicamente en el episodio inicial hay que considerar la posibilidad de realizar un segundo tratamiento endoscópico.
- El tratamiento quirúrgico se considerará en los siguientes casos:
 - Recidiva hemorrágica asociada a hipovolemia grave (TAS < 100 mmHg y FC > 100 ppm), después de un primer tratamiento endoscópico.
 - Recidiva hemorrágica tras un primer tratamiento endoscópico si la úlcera presenta alguna característica como tamaño > 2 cm o ciertas localizaciones como la cara posterior del bulbo duodenal.
- Asimismo, la cirugía de urgencia está indicada siempre en la recidiva hemorrágica después de un 2º tratamiento endoscópico.

El tratamiento angiográfico se reserva para el tratamiento de los pacientes con elevado riesgo quirúrgico.

- Volver a realizar la exploración física periódicamente o ante cambios en el estado del paciente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- En el caso de que el paciente permanezca un largo tiempo en el área de urgencias o si presenta cambios clínicos importantes, realizar controles analíticos (hemoglobina, urea,...).
- Valorar nuevos estudios complementarios en el caso de que aparezca resangrado o cambios en el estado/clínica del paciente.

AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Hemorragia digestiva alta (Tabla XVII)

- **Por hipertensión portal**
 - Várices esofágicas.
 - Gastropatía hipertensiva.
- **No hipertensión portal**
 - Esofagitis péptica.
 - Síndrome de Mallory-Weiss.
 - Lesiones agudas de la mucosa gástrica.
 - Neoplasia.
 - Gastritis aguda erosiva.

(continúa)... ➡

(...) ➔

TIEMPO III

EVOLUCIÓN, ESPERA Y OBSERVACIÓN

AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS	Hemorragia digestiva baja (Tablas XVI y XVIII) <ul style="list-style-type: none">• Hemorroides.• Fisura anal.• Pólipos y poliposis.• Neoplasia recto - colónica.• Diverticulosis colónica.• Angiodisplasia o ectasias vasculares.• Fiebre tifoidea.• Divertículo de Meckel.• Enfermedad inflamatoria intestinal.• Colitis isquémica.• Enterocolitis infecciosa (bacilares, amebianas, etc.).• Enteritis actínica o por radiación.• Trastornos de coagulación y tratamientos anticoagulantes.• Tuberculosis intestinal.• Colitis pseudomembranosa.• Tumores colónicos.• Duplicación intestinal.• Invaginación intestinal.
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none">• HOJA DE EVOLUCIÓN.• INFORME ENDOSCOPIA.

* No hay consenso sobre cual es el mejor tratamiento para disminuir la frecuencia de hemorragias y aumentar la sobrevida. El tratamiento y pronóstico varían dependiendo de la enfermedad subyacente.

TIEMPO IV**RESOLUCIÓN, ORIENTACIÓN Y TRANSFERENCIA**

RECORRIDO Y UBICACIÓN DEL FAMILIAR Y PACIENTE	<ul style="list-style-type: none">• Informar en la sala destinada para tal efecto.
INFORMACIÓN Y APOYO AL FAMILIAR Y PACIENTE	<ul style="list-style-type: none">• Explicar los motivos de ingreso o alta.• Explicar de forma detallada en el caso de alta el tratamiento domiciliario.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO MÉDICO. CUIDADOS GENERALES	<ul style="list-style-type: none">• El paciente podrá ser alta hospitalaria cuando cumpla los siguientes criterios:<ul style="list-style-type: none">- La hemorragia ha cesado.- Presenta estabilidad hemodinámica.- No existe riesgo apreciable de recidiva.• Pautar tratamiento al alta con IBP en las hemorragias digestivas no secundarias a HTP (Tablas XIX y XX).• Cuando no se cumplan los criterios anteriores el paciente ingresará en la UCI en caso de inestabilidad hemodinámica o en digestivo/cirugía general en el resto de casos.• Continuar el tratamiento pautado en el tiempo 3 en caso de ingreso hospitalario.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<ul style="list-style-type: none">• En los pacientes que no requieran una colonoscopia o endoscopia urgente, pero sí ambulatoria, facilitar una cita para su realización.• En los pacientes que se requieran posteriores estudios al alta por cirugía general, digestivo, etc., facilitar una cita con el servicio correspondiente.
AYUDAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar una hoja con las medidas higiénico-dietéticas adecuadas en función del tipo de hemorragia digestiva que ha presentado (Tabla XX).• Facilitar una hoja con información sobre la gastroscopia (anexo), colonoscopia (anexo) y preparación para la colonoscopia (anexo).
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none">• ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.• INFORME DE URGENCIAS.• NORMAS DE OBSERVACIÓN.

© Edicomplet 2008

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

I.S.B.N.: 978-84-87450-18-1

Depósito legal: M-53269-2008

EDICOMPLET *Grupo*
saned

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 02 Fax: 91 749 95 03

Antón Fortuny, 14 - 16 Edificio B 2º 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 93 320 93 30 Fax: 93 473 75 41

Impresión: Siglo Digital, S.L.

