

CLASIFICACIONES EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Dr. Gerardo García
GEDCEBA

Se define como hemorragia digestiva alta (HDA) a aquella que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta clínicamente por hematemesis de sangre fresca o en borra de café y de melena o hematoquezia menos frecuentemente. La causa más frecuente de HDA no variceal es la úlcera péptica que representa alrededor del 70 % de los casos, pero además puede ser debida a lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, desgarro de Mallory-Weiss, esofagitis, lesiones vasculares o tumores. La incidencia de la HDA no variceal varía de 50 a 150 casos por cada 100 000 habitantes por año (1)

La mortalidad global de la HDA se mantuvo inalterada a pesar de los avances en cifras de alrededor del 10% (2-3); aunque en estudios más recientes esta ha descendido a cifras del 2% (4)

La reducción de la mortalidad se debe a varios factores entre ellos el mejor conocimiento de los factores pronósticos (2-3), y principalmente a la introducción y el desarrollo de la endoscopia terapéutica lo que ha generado a un notable descenso de la recidiva hemorrágica y de la mortalidad (5).

Existen además otros factores que han contribuido al descenso de la mortalidad en la HDA y entre ellos es de mencionar el desarrollo de las unidades de sangrantes en donde los pacientes son atendidos por un team multidisciplinario formado por gastroenterólogos, endoscopistas, cirujanos, internistas y personal de enfermería entrenado en el manejo de estos pacientes.

El desarrollo de estas unidades permite la utilización de protocolos de trabajo precisos que permiten un manejo más homogéneo de los pacientes, como así también la concentración de recursos diagnósticos y terapéuticos para aplicar a estos pacientes.

El objetivo de esta revisión es poner en práctica las diferentes clasificaciones que existen en la HDA a fin de realizar en nuestro grupo un manejo más homogéneo de estos pacientes y optimizar la utilización de recursos (internación, endoscopia terapéutica, drogas etc), reservando estos para los pacientes más comprometidos y ahorrándolos en aquellos que no los requieren.

Una de las primeras clasificaciones que debemos utilizar es en la evaluación inicial del paciente y es en base al estado hemodinámico del mismo.

<i>Hemorragia leve</i>	<i>PAS > 100 FC < 100</i>
<i>Hemorragia grave</i>	<i>PAS < 100 y/o FC > 100 Signos de hipoperfusión periférica</i>

Esta simple clasificación ya nos permite prever la posibilidad de un peor pronóstico para el paciente que ingresa con compromiso hemodinámico. (2-5).

Una vez realizadas las medidas iniciales como expansión, colocación de sonda nasogastrica, analítica sanguínea, etc, se debe realizar tan pronto como sea posible una endoscopia digestiva alta, en forma óptima dentro de las 6 Hs del ingreso o dentro de las 12 Hs. Realizada luego de las 24 Hs. disminuye mucho el rendimiento diagnostico. (6-7-8)

La endoscopia nos permite realizar el diagnóstico etiológico en más del 90 % de los casos, identificar los pacientes con mayor riesgo de sangrado y aplicar terapia endoscópica en estos como así también identificar pacientes de bajo riesgo de resangrado en los que se evitarían internaciones innecesarias. (6-7)

Una de las clasificaciones endoscópicas más utilizadas para preveer resangrado es la de Forrest.

CLASIFICACION DE FORREST		
Clasificación	Hallazgo endoscopico	Recidiva
<u>Hemorragia activa</u>		
Ia	Hemorragia en chorro	55%
Ib	Hemorragia en babeo	50%
<u>Hemorragia reciente</u>		
IIa	Vaso visible	43%
IIb	Coagulo adherido	22%
IIc	Mancha plana	7%
<u>Ausencia de signos de sangrado</u>		
III	Base de fibrina	2%

ESTRATIFICACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO

La estratificación en grupos de bajo, intermedio y alto riesgo es fundamental en la HDA, ya que nos permite adecuar la estrategia terapéutica no escatimando recursos para aquellos pacientes de alto riesgo de resangrado y por ende mortalidad y evitar gastos innecesarios en aquellos pacientes de bajo riesgo.

Para estimar el riesgo se utilizan variables clínicas como la edad, la presencia de enfermedades asociadas, el estado hemodinámico del paciente y la recidiva precoz (ppal. factor relacionado con la mortalidad- 1-5) ; como así también la endoscopia aporta valiosa información con valor pronóstico como ser el tipo de lesión hallada, la localización de la lesión (úlceras de curva menor alta y cara posterior de bulbo tienen mayor riesgo de resangrado), el tamaño de la lesión (úlceras mayores de 2 cm tienen peor pronóstico) y los signos de hemorragia activa o reciente (Forrest).

El índice numérico mas utilizado para evaluar pronóstico es el índice de Rockall realizado con 4200 pacientes (5).

INDICE DE ROCKALL		
Variable	Puntuación	
Edad		
<60		0
60 a 79		1
>80		2
Estado circulatorio		
Sin shock (PAS>100, FC<100)		0
Taquicardia (FC>100, TAS > 100)		1
Hipotensión (TAS <100)		2
Enfermedades asociadas		
Ninguna		0
Cardiopatía, EPOC, DBT		1
IRC, Neo, Cirrosis		2
Diagnóstico		
Mallory-Weiss, sin lesión		0
Todos los otros diagnósticos (úlceras)		1
Noeplasia		2
Signos de hemorragia reciente		
Sin estigmas. Hematina		0
Sangre fresca en estómago, Forrest I, IIa y IIb		2
<i>Riesgo bajo: 0 a 2 puntos</i>	<i>Recidiva: 5%</i>	<i>Mortalidad: 0,1%</i>
<i>Riesgo intermedio: 3 y 4 puntos</i>		
<i>Riesgo alto: 5 a 10 puntos</i>	<i>Recidiva: 25%</i>	<i>Mortalidad: 17%</i>

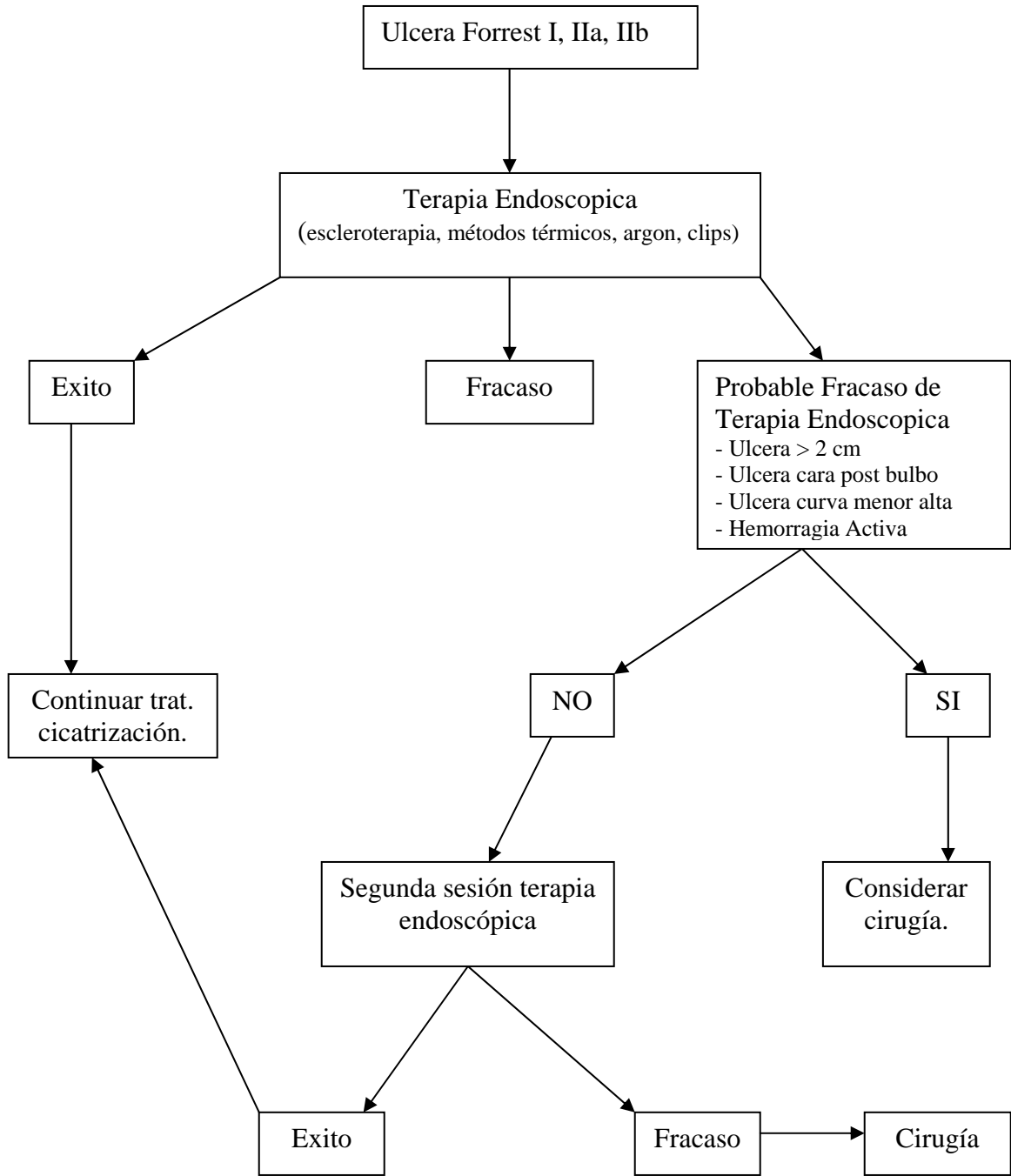
Conducta según Grupo de Riesgo

RIESGO BAJO

- No es necesario el ayuno
- No recolocar sonda nasogástrica
- Tratamiento de cicatrización por vía oral
- Considerar el alta dentro del mismo día

RIESGO INTERMEDIO/ALTO

- Monitorizar constantes vitales
- Valorar necesidad de PVC
- Sonda nasogástrica aconsejable postoperatoria endoscópica
- Ayuno por 24 Hs.
- Alta a partir del 3er 4to día



Bibliografía

- 1- Laine L, Petersen WL. *Bleeding peptic ulcer. NEJM* 1994;331: 717-27
- 2-Branicki FJ, et al. *Bleeding peptic ulcer : a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality. World J Surgery* 1990; 14: 262-9
- 3-Vreeburg EM et al. *Validation of de Rockal Irisk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut* 1999;44: 331-5
- 4-Llach F, et al. *A prospective randomized trial of heater probe thermocoagulation versus injection therapy in peptic ulcer hemorrhage. Gastrointestinal Endoscopy* 1996; 43: 117-20
- 5-Rockall TA, et al. *Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal hemorrhage. Lancet* 1996; 347: 1138-40
- 6-Campo R, et al. *Safety of outpatient management of nonvariceal gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal Endoscopy.* 1998; 47: AB81
- 7-Lee JG, et al. *Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. Gastrint. Endoscopy* 1999; 50: 755-61
- 8-Cooper GS, et al. *Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: association with recurrent bleeding, surgery and length of hospital stay. Gastrointest. Endoscopy* 2002; 49: 145-52
- 9-Feu F, et al. *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterología y Hepatología* 2003; 26(2) 70-85