

FIGURA 1

## Estigmas endoscópicos de riesgo en la HDA no varicosa

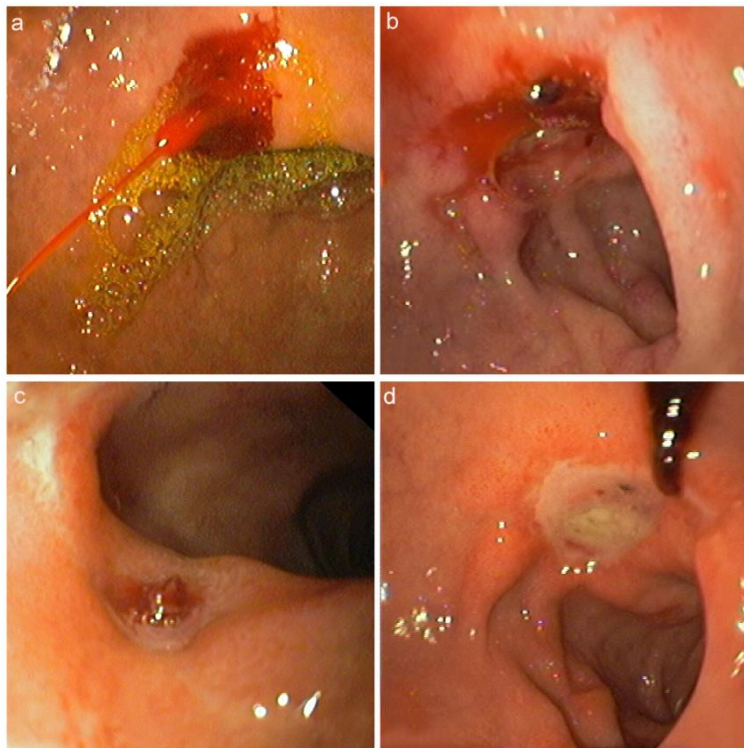


Figura 1. Estigmas de alto y bajo riesgo de recidiva hemorrágica. A) Úlcera gástrica con sangrado activo en “jet”; B) úlcera duodenal con sangrado activo “en sábana”; C) úlcera duodenal con un vaso visible que protuye sobre la luz del bulbo; D) úlcera gástrica con un coágulo negrozco adherido..

Cortesía del Dr. Santolaria. Hospital San Jorge. Huesca

### COMENTARIO

La clasificación de Forrest permite estratificar el riesgo de recidiva hemorrágica de una úlcera péptica sangrante y es de valiosa ayuda para determinar si el caso puede beneficiarse de una terapéutica endoscópica.

#### CLASIFICACIÓN DE FORREST Y RIESGO DE RESANGRADO EN LA ÚLCERA PÉPTICA

CLASIFICACIÓN DE FORREST	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	RIESGO DE RESANGRADO
HEMORRAGIA ACTIVA		
Ia	Sangrado en “jet”	55% (17-100)
Ib	Rezumamiento de sangre	
HEMORRAGIA RECIENTE		
IIa	Vaso visible no sangrante	43% (35-55)
IIb	Coágulo rojo adherido	22% (14-37)
IIc	Hematina	7% (5-10)
AUSENCIA DE SIGNOS DE SANGRADO		
III	Úlcera cubierta de fibrina	2% (0-5%)

Adaptado de Laine L et al. Bleeding peptic ulcer. *N Eng J Med*; 331; 717-27

#### FIGURA 2

#### Modalidades de tratamiento endoscópico en la HDA no varicosa.

#### COMENTARIO

Existen diversas modalidades de tratamiento endoscópico que han demostrado su eficacia en la HDA no varicosa. El tratamiento más empleado consiste en métodos térmicos y de inyección, habitualmente con adrenalina al 1/10.000. Con ellos se consigue el control del sangrado en más del 95% de los casos. También mejoran los requerimientos transfusionales, la duración de la estancia hospitalaria y la supervivencia. La monoterapia con inyección de adrenalina consigue resultados subóptimos y debe asociarse a un 2º método hemostático, como la inyección de un agente esclerosante, un método térmico de contacto o la implantación de clips. Otras terapias como el argón plasma pueden ser útiles en el tratamiento de lesiones que sangran de forma difusa como el watermelon o las lesiones actínicas. La revisión endoscópica electiva sistemática no es útil. Algunos estudios sugieren que pudiera serlo cuando el riesgo de fracaso del primer tratamiento es alto, como en úlceras de gran tamaño, localizadas en la cara posteroinferior del bulbo, o con importante pérdida hemática inicial.

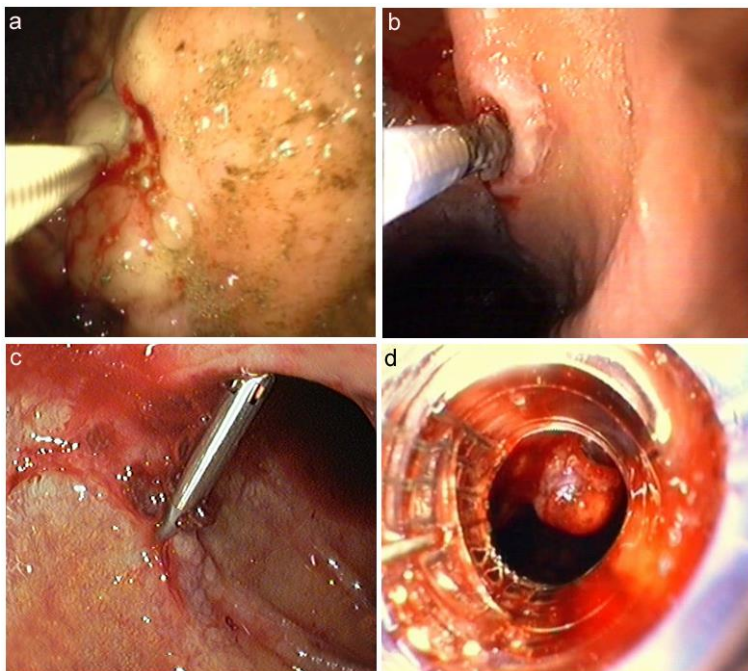


Figura 2. Técnicas endoscópicas de hemostasia: A) esclerosis de úlcera gástrica subcardial; B) termocoagulación; C) endoclipo sobre el “vaso visible” en una úlcera duodenal; D) tratamiento con bandas elásticas de una lesión vascular gástrica subcardial.

Cortesía del Dr. Villanueva. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Barkun A, Bardou M, Marshall JK, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Paul Sinclair P, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-13.

#### FIGURA 3

### Hemorragia digestiva por hipertensión portal.

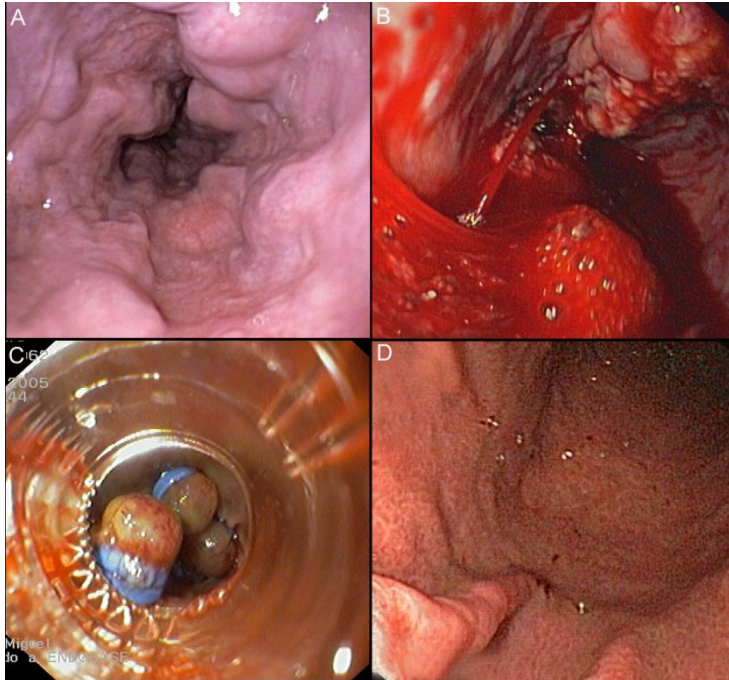


Figura 3. A) Varices esofágicas de grado II -III . B) Hemorragia "en jet". C) Ligadura con bandas elásticas de varices esofágicas. C) Mucosa gástrica de aspecto escarlatiniforme compatible con gastropatía de la hipertensión portal.

Cortesía del Dr. Juan Carlos García Pagán. Hospital Clinic. Barcelona.

#### COMENTARIO

- Ante una hemorragia digestiva con sospecha de hipertensión portal, se recomienda realizar una endoscopia diagnóstica dentro de las primeras 12 horas de la admisión del paciente. Existen datos que sugieren que retrasar más la endoscopia en pacientes con hematemesis o con inestabilidad hemodinámica puede acompañarse de un peor pronóstico. Si se confirma el origen variceal de la hemorragia puede procederse a la ligadura endoscópica con bandas elásticas (LEV). Si ésta es técnicamente difícil, la esclerosis es una alternativa aceptable.
- El fracaso de este tratamiento se presenta alrededor del 10-20% de los episodios de HDA de origen variceal, ya sea por falta de control inicial o por recidiva precoz, una vez conseguida la hemostasia inicial.
- En caso de fracaso se puede considerar una 2ª endoscopia, fundamentalmente en hemorragias no masivas y especialmente en aquellos casos en la que la 1ª exploración no haya sido satisfactoria. Si todavía no se logra el control o la hemorragia es masiva, deberá realizarse una DPPI (TIPS) con prótesis recubierta de politetrafluoroetileno (PTFE) como tratamiento derivativo de rescate.

García Pagán JC, Bosch J. Hemorragia digestiva por hipertensión portal. En: Montoro M, García Pagán, Castells A, Gomollón F, Mearin F, Panés J, Gisbert J, Santolaria S (eds). Problemas Comunes en la Práctica Clínica. Gastroenterología y Hepatología (2ª edición). Jarpyo Editores. Madrid-Barcelona, 2012:893-902. DISPONIBLE en [www.aegastro.es](http://www.aegastro.es) (DOCENTIA)

#### FIGURA 4

#### Importancia de la preparación previa a la realización de colonoscopia.

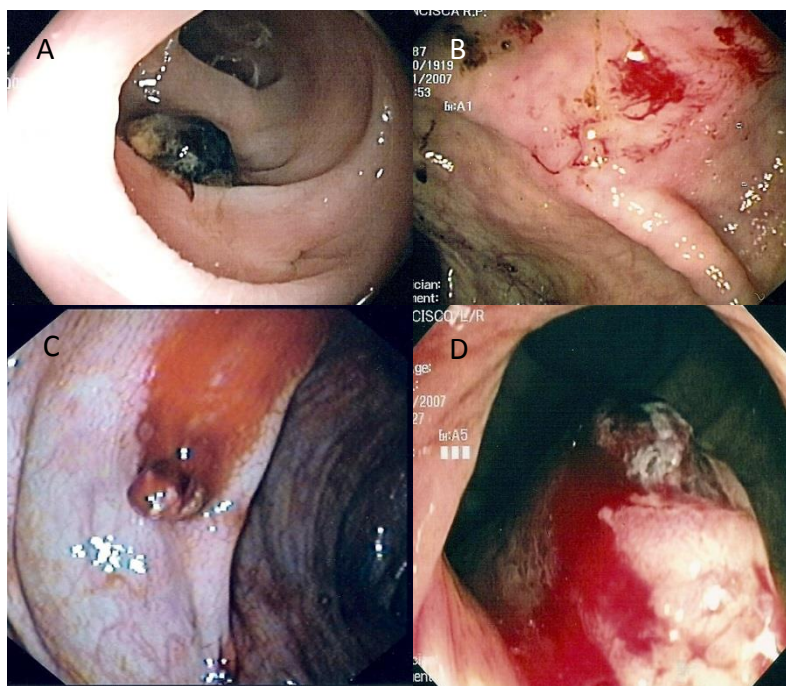


Figura 4. Hallazgos endoscópicos en la HDB. A) Divertículo en sigma con coágulo adherido. B) Angiodisplasia en ciego con sangrado leve babeante. C) Sangrado diferido en pedículo tras polipectomía. D) Sangrado babeante en punto de punción de biopsia prostática transrectal.

Cortesía del Dr. Antonio José Hervás. Hospital Reina Sofía de Córdoba

#### COMENTARIO

- Ante un paciente con HDB es un error indicar una colonoscopia sin una preparación previa. Debe llevarse a cabo una limpieza previa de la sangre y heces retenidas con una preparación anterógrada. En ocasiones es necesaria una preparación intensiva (> 4 litros de solución polietilenglicol), incluso administrados por sonda nasogástrica. La aplicación de enemas no es eficaz. En algunos casos puede ser útil la adición de procinéticos por vía intravenosa.
- El tratamiento endoscópico está indicado ante una lesión sangrante o con signos de sangrado reciente con alto riesgo de recidiva (vaso visible o coágulo adherido). Se puede utilizar: a) inyección de soluciones de adrenalina con o sin esclerosantes, aunque no está demostrado que éstos aporten una ventaja adicional, b) métodos de coagulación, como el argón o la sonda de calor con potencias moderadas o bajas, sobre todo en el colon derecho, y c) métodos mecánicos, como los endoclips o la ligadura con bandas, dotados de una alta efectividad en el control del sangrado de lesiones vasculares y divertículos. El cianoacrilato puede estar indicado en la hemorragia por varices rectales.

Strate LL, Naumann CR. The role of colonoscopy and radiological procedures in the management of acute lower intestinal bleeding. *Clinical Gastroenterology and hepatology* 2010; 8:333-43

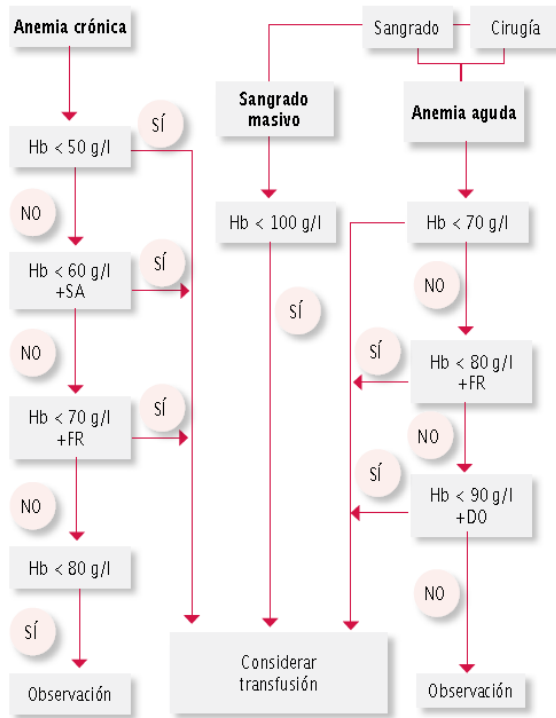
FIGURA 5

## Recomendaciones en materia de transfusión de hematíes.



Figura 5. Determinación de grupo y de anticuerpos irregulares

Cortesía del Dr. José A. García Erce. Servicio de Hematología. Hospital San Jorge. Huesca



ESQUEMA PARA LA TOMA DE DECISIONES DE TRANSFUNDIR CONCENTRADOS DE HEMATÍES EN LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL.

### COMENTARIO

La seguridad del acto transfusional radica no sólo en la correcta selección, preparación y administración del componente, sino también en la correcta indicación del mismo. Dicha indicación solo debe realizarse después de sopesar cuidadosamente los riesgos y beneficios de su administración. La administración se realizará siempre por prescripción médica; y siempre que sea posible, tras la firma del correspondiente consentimiento informado por el paciente. A la hora de tomar la decisión de transfundir un determinado componente sanguíneo se deberán seguir las recientes recomendaciones avaladas por ensayos clínicos. Todos los últimos resultados avalan la aplicación de criterios restrictivos, no sólo por reducir la TSA, sino por reducir la tasa de resangrado, morbilidad, e incluso la mortalidad a corto-medio plazo. Tan importante es la corrección de la anemia como del déficit de hierro.

Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C et al. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med 2013; 368:11-21.