

HEMORRÀGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Josep Maria Soto Martínez, Óscar Martín Tebar

INTRODUCCIÓ

S'entén per hemorràgia digestiva alta (HDA) el sagnat procedent de esòfag, estómac o duodè (proximal a l'angle de Treitz).

Causas més freqüents:

1. Úlcus gastro-duodenal (50-75%).
2. Varius esofàgiques, lesions esofàgiques, Sd. Mallory-Weiss (15-30%).
3. Lesions agudes de la mucosa gàstrica (10%).
4. Tumors del tub digestiu alt (1-2%).

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Simptomatologia:

1. **Melena:** sang rectal, digerida, color negre, enganxosa i de pudor intens.
2. **Hematoqueèzia:** sang rectal, vermellosa fosca, no digerida, de trànsit ràpid.
3. **Melanèmesi** o vòmit en "poso de café": vòmit amb grumolls negres petits, de sang parcialment digerida.
4. **Hematèmesi:** vòmit de sang vermella.

Valoració del risc:

	TAs	FC	Hipoperfusió
HDA lleu	> 100	< 100	no
HDA greu	< 100	> 100	si

Till test: disminució de la TA al seure ≥ 10 mmHg en relació al decúbit (HDA Greu).

Avaluació inicial de la pèrdua hemàtica:

1. Als malalts ancians es pot apreciar inestabilitat hemodinàmica amb sagnats escassos, al contrari dels malalts joves als que l'estabilitat es pot mantenir fins i tot amb sagnats importants.
2. Anamnesi: antecedents de HDA, hàbits tòxics, presa de AAS i AINES, dicumarínics, antecedents d'hepatopatia.
3. Exploració física: constants (FC, TA, FR), monitoratge i pulsioximetria.
4. Valoració del estat general, coloració de pell i mucoses, estat de consciència, buscar estigmes d'hepatopatia (lesions cutànies, icterícia, telangièctasi), palpació abdominal (hepatomegàlia, tumoracions), i tacte rectal (hemorroides, fissures anals, tumors...).

GUIA D'ACTUACIÓ:

1. Inicialment col·locar al malalt en PLS si vòmits, o en decúbit supí si inestabilitat hemodinàmica.
2. Venòclisi (14 - 16).
3. Oxigenoteràpia per obtenir una saturació d'O₂ ≥ 95%.
4. Fluids: l'objectiu és mantenir la TAs >100 mmHg i la FC <100x'.
 - a. Inicialment amb cristal·loides: Sèrum fisiològic 0,9% (SF 0,9%) 20 ml/kg.
 - b. Posteriorment amb expandors del plasma.
5. Supressió de la secreció àcida gàstrica: Pantoprazol 80 mg/ev.
6. HDA en malalt amb hipertensió portal coneguda: Somatostatina 250 µg en bolus lent (3 minuts).
7. Valorar Intubació Traqueal (IT) si depressió respiratòria i/o del nivell de consciència.

No demorar el trasllat a l'hospital, el tractament definitiu pot precisar hemotransfusions, endoscòpia digestiva i/o tractament quirúrgic.

Bibliografia

1. Feu F, Brullet E., Calvet X., Fernández Llamazares J., Guardiola J., Moreno P., Panadés A., Saló J., Saperas E, Villanueva C., Planas R. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol* 2003;26(2):70-85
1. J. Lloret y J. Muñoz. *Protocolos Terapéuticos de Urgencia*. Ed. Masson. 4^a edició. 2004.
2. J.M. Piqué y J. Terrers. *Hemorragia gastrointestinal*. Farreras-Rozman. Vol. I. 11^a Edició.
3. Montero Pérez, Gonsalbez Pequeño B. *Hemorragia Digestiva*.
4. *Protocolos d'actuació en l'emergència extrahospitalària del SAMU a França en l'HDA*. Actualització 2003.
5. J. Rodés Teixidor y J. Guardia Massó. *Medicina Interna*. 2^a Edició. Ed. Masson. 2004.
6. R. S. Irwin y J.M. Rippe. *Manual de Cuidados Intensivos*. Ed. Marbán. 3^a Edició. 2004
7. J.C. Montejo y A. García de Lorenzo. *Manual de Medicina Intensiva*. 2^a Ed. Harcourt. 2001.