

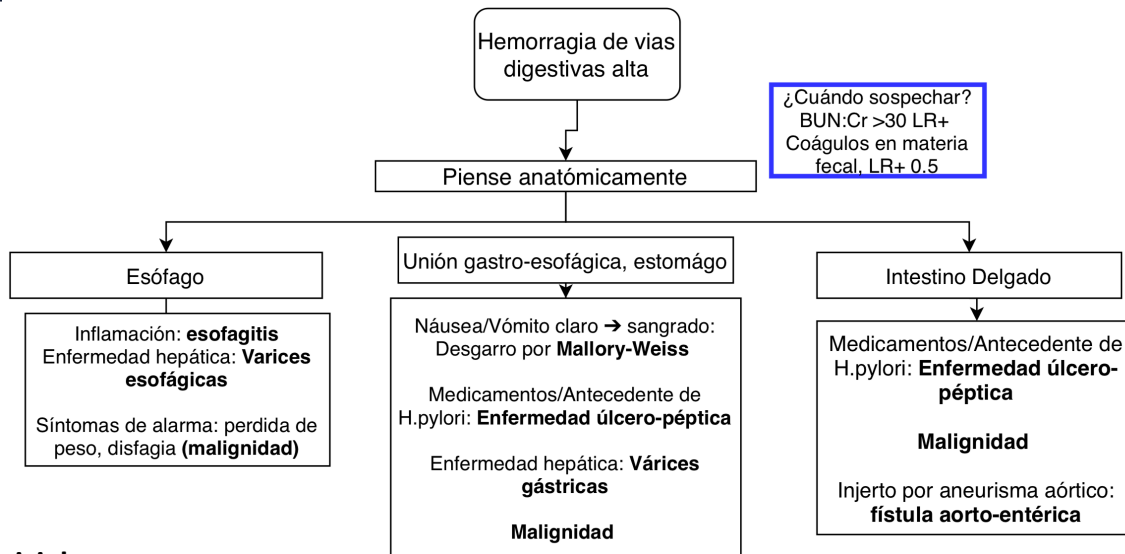
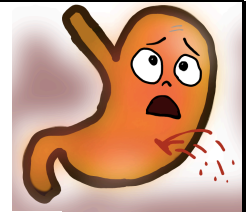


Hemorragia de Vías Digestivas Alta No Variceal

Folleto compilado por Moses Murdock (@haematognomist)

Traducido por Daniel Motta-Calderon (@dmottacalderon)

Comentarista: Dr. Navin Kumar



1. Pasos iniciales:

- ¿El paciente está estable? → **¡Triage!**
 - Signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca)
 - Taquicardia en reposo = **<15% de pérdida** de volumen sanguíneo
 - + Ortostatismo = ↓ sistólica ≥ 20 mmHg o ↓ diastólica ≥ 10 mmHg al estar de pie: **> 15% pérdida del volumen sanguíneo**
 - Hipotensión en reposo: **> 40% de pérdida de volumen sanguíneo**
- Resucitación
- Medicamentos que se deben considerar suspender:
 - aspirina, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes
 - Considere revertir la anticoagulación

2. Administración

- **¡Resucitación!**
 - Acceso: 2 accesos periféricos IV de gran calibre → líquidos
 - Umbral de transfusión: **Hg < 7 g/dL** mejor que Hg < 9 g/dL. Excepto: *sangrado masivo, enfermedad cardiovascular o cerebrovascular ya conocida. ¿Por qué?*
 - Dilución de factores de coagulación
 - Empeora la hipertensión portal
 - El objetivo es mantener la vasoconstricción esplácnica.
- **Inhibidor de la bomba de protones, IV BID:** se quiere un pH gástrico > 6 para facilitar la formación de coágulos
- **Eritromicina:** promueve el vaciamiento gástrico mediante propiedades similares a la motilina-mejora la ventana endoscópica (administrar 30-60 minutos antes de la endoscopia; se puede utilizar metoclopramida como alternativa)
- **Endoscopia:**
 - Variceal: dentro de las primeras 12 horas
 - No-Variceal: dentro de las primeras 24 horas, demasiado pronto (3-4h) puede ser malo (¡los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas no variceal necesitan ser bien reanimados y manejados médicamente!)