

# Hemorragia digestiva alta

Reanima restrictivo, decide si es variceal o no, y lleva al paciente a la endoscopia en las primeras 24 h – ahí se define todo.

Basado en: Gralnek IM, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper GI hemorrhage – ESGE Guideline Update (Endoscopy 2021); y Higuera-de-la-Tijera F, et al. Consenso mexicano sobre abordaje y tratamiento de la hemorragia variceal aguda (Rev Gastroenterol México 2025). Para más sobre la variceal, ver «Cirrosis descompensada».

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

- 01 Reconócela y estabiliza
- 02 Transfusión restrictiva
- 03 Estratifica el riesgo (GBS)
- 04 Antes de la endoscopia
- 05 Ruta inicial de la HDA
- 06 ¿Cuándo endoscopiar?
- 07 Úlcera péptica: Forrest
- 08 IBP y post-endoscopia
- 09 Causa: H. pylori, AINE
- 10 Resangrado y rescate
- 11 Sangrado variceal (consenso 2025)
- 12 Lo que sí funciona
- 13 Para llevar a la guardia

## 01 Reconócela y estabiliza

### CAJA DE DECISIÓN

HDA = sangrado **proximal al ángulo de Treitz**: hematemesis, “posos de café” o **melena** (la hematoquecia con inestabilidad también puede ser HDA masiva). Primero **ABC**: dos accesos venosos gruesos, cristaloides, laboratorios con tipo y cruza. La **urea/BUN desproporcionadamente alta** respecto a la creatinina apoya origen alto.

Define temprano **¿variceal o no variceal?** por el contexto (estigmas de hepatopatía): cambia el tratamiento farmacológico inicial.

## 02 Transfusión restrictiva

### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

Estrategia **restrictiva**: transfunde con **Hb < 7 g/dL**, meta **7-9**. Transfundir de más empeora el desenlace (y, en cirrosis, sube la presión portal). Excepción: cardiopatía isquémica activa o sangrado masivo.

Corrige la coagulopatía clínicamente significativa, pero **no retrases la endoscopia** por un INR levemente alto. Plaquetas según sangrado y cifra.

## 03 Estratifica el riesgo (Glasgow-Blatchford)

### REGLA PRÁCTICA

El **score de Glasgow-Blatchford (GBS)** usa urea, hemoglobina, presión, pulso y comorbilidad. **GBS 0-1 = muy bajo riesgo**: candidato a **manejo ambulatorio** con endoscopia electiva. A mayor score, mayor necesidad de intervención e ingreso.

El **Rockall** (con datos endoscópicos) estima mortalidad y resangrado tras la endoscopia.

## 04 Antes de la endoscopia

- **IBP intravenoso**: razonable iniciarlo en espera de la endoscopia; **NO la sustituye** ni debe retrasarla.
- **Eritromicina IV (250 mg, 30-120 min antes)**: procinético que vacía el estómago y mejora la visualización.
- **¿Sospecha variceal?** Añade **vasoactivo (terlipresina/octreótida) + ceftriaxona** desde el inicio (ver «Cirrosis descompensada»).

## 05 Ruta inicial de la HDA



Ruta inicial de la HDA recreada por Sala-7 (ESGE 2021 para la no variceal).

## 06 ¿Cuándo endoscopiar?

### TRAMPA FRECUENTE

Apresurar a TODOS a endoscopia “urgente” < 12 h. En la no variceal, lo correcto es **endoscopia dentro de 24 h tras la reanimación**; la < 12 h **no mejora la mortalidad** y puede empeorar desenlaces. **Solo** el inestable que no responde a la reanimación va de inmediato.

## 07 Úlcera péptica: clasificación de Forrest

Forrest	Hallazgo	Conducta
Ia-Ib	Sangrado activo (en chorro o en capa)	<b>Terapia endoscópica</b>
Ila	Vaso visible no sangrante	<b>Terapia endoscópica</b>
Iib	Coágulo adherido	Desprende e individualiza
Iic / III	Mancha plana / base limpia	Sin terapia; alta temprana

Alto riesgo (Ia-Ila) → **terapia combinada**: inyección de adrenalina + un segundo método (térmico o clip). La adrenalina sola es insuficiente.

## 08 IBP y manejo post-endoscopia

- Tras hemostasia de lesión de **alto riesgo**: **IBP en dosis alta** (bolo 80 mg + infusión 8 mg/h, o dosis intermitente equivalente) por **72 h**, luego oral.
- Bajo riesgo (Forrest Iic/III): **IBP oral** y alimentación/alta tempranas.
- Refractario a la endoscopia → **embolización arterial** (angiografía) y, en último término, cirugía.

## 09 Causa: H. pylori, AINE y antiagregantes

- Busca y trata H. pylori** (la prueba durante el sangrado puede dar falso negativo: **repite** si es negativa) y **confirma la erradicación**.
- Suspende el AINE**; si es imprescindible, usa el de menor riesgo con IBP.
- Aspirina en prevención secundaria**: reiníciala pronto (idealmente en 3-5 días) bajo IBP – suspenderla aumenta eventos cardiovasculares y mortalidad.

## 10 Resangrado y rescate

- Resangrado** → **segunda endoscopia** con terapia hemostática.
- Si vuelve a fallar → **embolización transarterial**; cirugía solo si fracasan las anteriores.
- Los **polvos/gel hemostáticos** son útiles como rescate o en sangrado difuso.

**LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA**

En la **hemorragia variceal aguda**, el paquete inicial va junto: reanimación **restrictiva** con cristaloides balanceados (hipotensión permisiva, PAS 80-90 mmHg), **vasoactivo + ceftriaxona** tan pronto se sospeche, y **ligadura endoscópica en las primeras 12 h** tras estabilizar. No esperes a la endoscopia para iniciar el fármaco y el antibiótico.

- **Transfusión:** cruza el umbral con **Hb < 7 g/dL**, meta **7-8**. **No** transfundas plasma de rutina por un INR alto ni plaquetas de rutina: no corrigen el desenlace y suben la presión portal.
- **Antibiótico:** **ceftriaxona 1 g IV cada 24 h** desde la sospecha; ciclo corto, **≤ 7 días**. Reduce infecciones, resangrado y mortalidad.
- **Endoscopia:** **ligadura con bandas elásticas** es de elección en várices esofágicas; las gástricas (IGV-1, GOV-2) van con **cianoacrilato**.
- **TIPS preventivo (temprano):** en alto riesgo –**Child-Pugh C (< 14 pts)** o **Child-Pugh B con sangrado activo**– valóralo en las **72 h** tras la hemostasia, no como rescate tardío.
- **Refractaria: prótesis esofágica autoexpandible** (o balón de Sengstaken-Blakemore < 24 h) como **punteo** al TIPS. Secundaria: **BBNS (carvedilol) + ligadura**.

**LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST HDA**

- ✓ ABC + **transfusión restrictiva** (Hb < 7, meta 7-9). No retrases por INR levemente alto.
- ✓ Estratifica con **Glasgow-Blatchford; 0-1 → ambulatorio**.
- ✓ Pre-endoscopia: **IBP IV + eritromicina**; si variceal, **vasoactivo + ceftriaxona**.
- ✓ **Endoscopia en < 24 h** (de inmediato solo si inestable que no responde).
- ✓ Úlcera de alto riesgo (Forrest Ia-IIa) → **terapia combinada + IBP dosis alta 72 h**.
- ✓ Trata **H. pylori**, suspende AINE, **reinicia aspirina pronto** bajo IBP.
- ✓ Resangrado → re-endoscopia → **embolización** → cirugía.

**PARA LLEVAR A LA GUARDIA**

- **Restrictivo:** transfunde con Hb < 7 (meta 7-9); más no es mejor.
- Decide **variceal vs no variceal** desde el inicio: cambia el fármaco.
- **Endoscopia en < 24 h**; la urgente < 12 h no mejora la mortalidad.
- Úlcera alto riesgo → **terapia combinada + IBP dosis alta**; nunca adrenalina sola.
- **H. pylori + suspender AINE**; reinicia **aspirina** pronto en prevención secundaria.