

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON HEMATEMESIS EN URGENCIAS

Sección Urgencias pediátricas
Sección Gastroenterología Infantil.

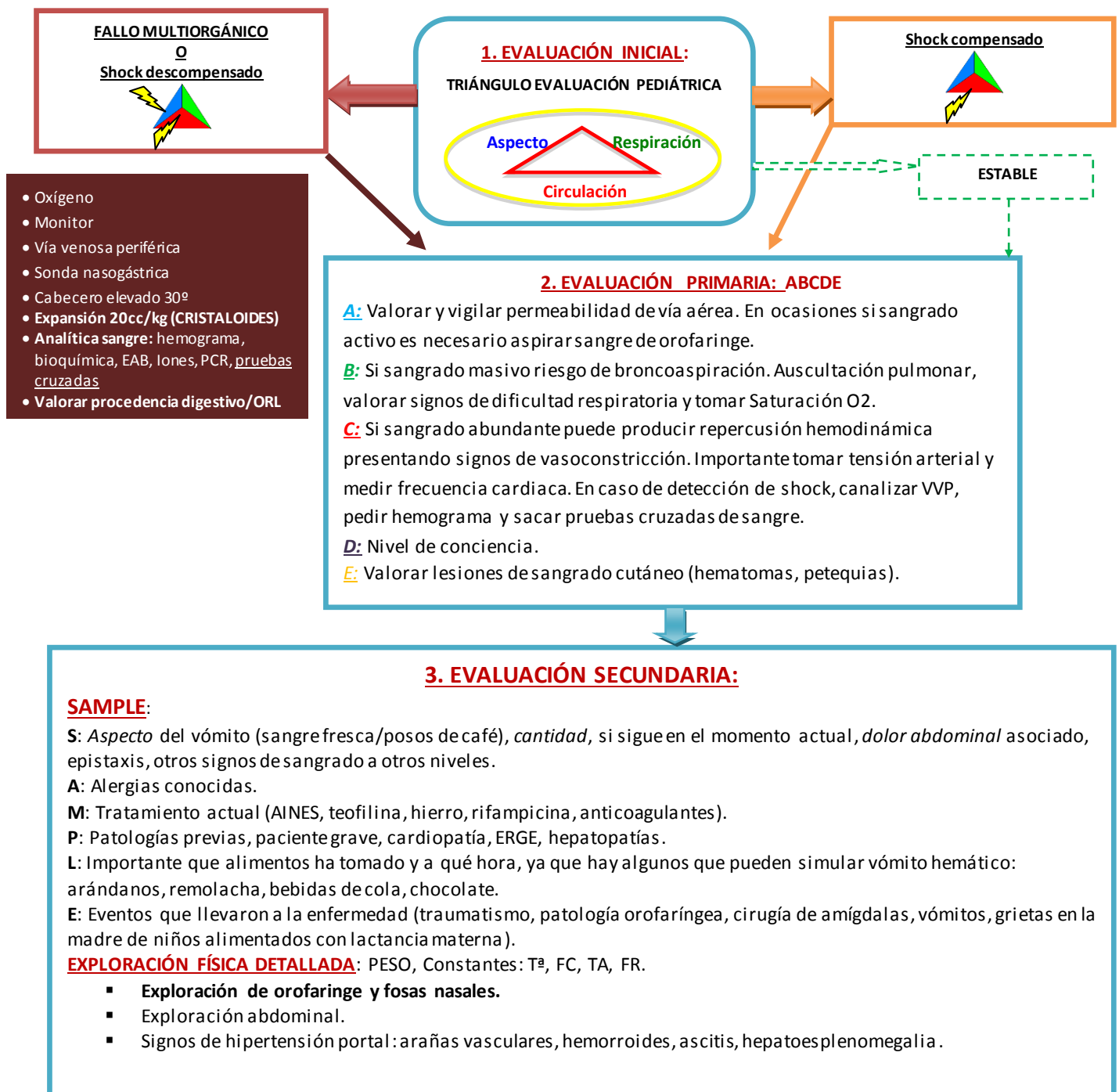
Elaborado: Marta Sendarrubias Alonso. Médico Residente Pediatría
César Sánchez Sánchez. Pediatra Adjunto Gastroenterología

Supervisado: Jorge Lorente Romero. Adjunto Urgencias Pediátricas
Conchita Míguez Navarro. Adjunto Urgencias pediátricas

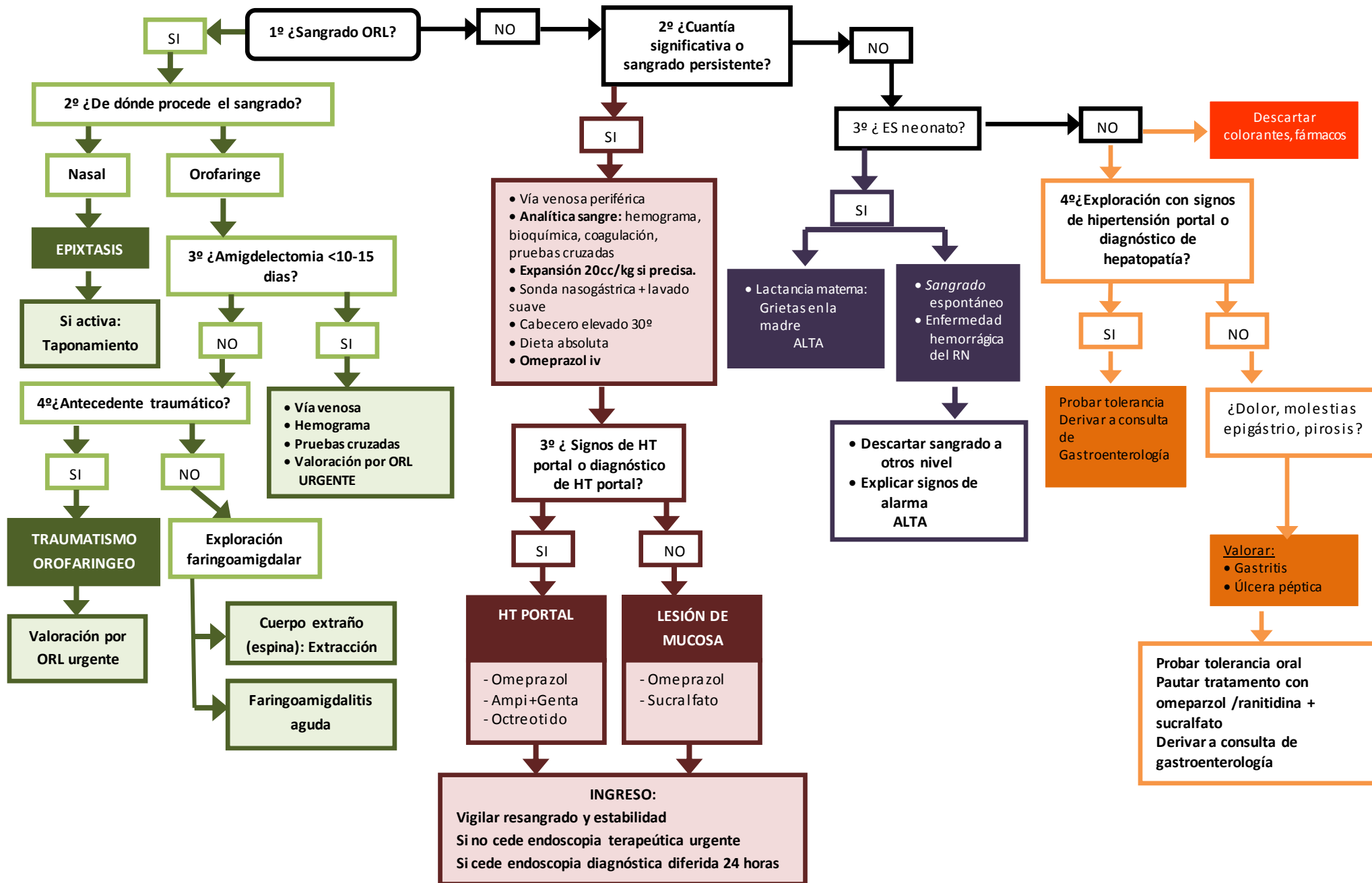
Revisión: Julio 2017.

HEMATEMESIS

- **Definición:** Vómitos con sangre, bien sea en forma de sangre roja, fresca, o bien en forma de posos de café.
- **Epidemiología:** La hematemesis es un motivo de consulta relativamente frecuente en las Urgencias pediátricas. En la mayoría de los casos se trata o bien de una falsa hematemesis o bien de un sangrado poco significativo y autolimitado. Aunque es poco frecuente las hemorragias digestivas altas graves pueden conllevar un riesgo vital, por lo que es importante saber distinguir ambas situaciones y tratar con rapidez los casos graves.
- **Diagnóstico etiológico:**
 - **Sin sangrado:** En el caso de los neonatos lo más frecuente es ingestión de sangre materna, cuando la alimentación es a base de lactancia materna y hay grietas en el pezón o bien durante el parto. En el caso de niños mayores hay que descartar ingestión de jarabes o alimentos con colorantes rojizos, o bien zumos de frutas rojas o granates.
 - **Con sangrado:**
 - a) Lesiones mucosas: Es la causa más frecuente. La sospecharemos cuando haya antecedentes de RGE, enfermedad aguda (úlceras de estrés), consumo de AINEs o esteroides, vómitos importantes de forma aguda (Sind. de Mallory-Weiss). En la mayoría de los casos son autolimitadas y solo requieren tratamiento médico. La lesión de Dieulafoy es un sangrado masivo producido por una arteria expuesta en la mucosa gástrica, suele requerir tratamiento agresivo.
 - b) Varices gastroesofágicas: En caso de pacientes con hipertensión portal. Debemos sospecharlo cuando se trata de un paciente con una hepatopatía conocida o bien en la exploración física detectamos signos como arañas vasculares, ascitis, hepatoesplenomegalia o hemorroides. También debemos pensar en este diagnóstico cuando existen antecedentes de canalización de vena umbilical, onfalitis, fallo cardiaco derecho, hipertensión pulmonar, trombosis de vena cava, hepatitis o transfusiones sanguíneas.
 - c) Ingestión de cuerpo extraño: En el caso de que se traten de objetos punzantes, cortantes o con capacidad de lesión química, en la mayoría de los casos solo requieren tratamiento conservador.
 - d) Sangrado orofaríngeo o nasal: Se objetivará en la exploración física, en el caso de tratarse de una hemorragia importante deberá realizarse exploración y tratamiento por parte del otorrinolaringólogo.



- Oxígeno
- Monitor
- Vía venosa periférica
- Sonda nasogástrica
- Cabecero elevado 30º
- Expansión 20cc/kg (CRISTALOIDES)
- **Analítica sangre:** hemograma, bioquímica, EAB, Iones, PCR, pruebas cruzadas
- **Valorar procedencia digestivo/ORL**



1º ¿Sangrado ORL?

SI

NO

2º ¿Cuantía significativa o sangrado persistente?

NO

2º ¿De dónde procede el sangrado?

Nasal

Orofaringe

EPIXTASIS
Si activa:
Taponamiento

3º ¿Amigdalectomía <10-15 días?

NO

SI

• Vía venosa
• Hemograma
• Pruebas cruzadas
• Valoración por ORL URGENTE

4º ¿Antecedente traumático?

SI

NO

TRAUMATISMO OROFARINGEO

Valoración por ORL urgente

Exploración faringoamigdalár

Cuerpo extraño (espina): Extracción

Faringoamigdalitis aguda

• Vía venosa periférica
• Análítica sangre: hemograma, bioquímica, coagulación, pruebas cruzadas
• Expansión 20cc/kg si precisa.
• Sonda nasogástrica + lavado suave
• Cabecero elevado 30º
• Dieta absoluta
• Omeprazol iv

3º ¿Signos de HT portal o diagnóstico de HT portal?

SI

NO

HT PORTAL
- Omeprazol
- Ampí+Genta
- Octreotido

LESIÓN DE MUCOSA
- Omeprazol
- Sucralfato

INGRESO:
Vigilar resangrado y estabilidad
Si no cede endoscopia terapéutica urgente
Si cede endoscopia diagnóstica diferida 24 horas

• Lactancia materna: Grietas en la madre ALTA
• Sangrado espontáneo
• Enfermedad hemorrágica del RN

• Descartar sangrado a otros nivel
• Explicar signos de alarma ALTA

NO

SI

3º ¿ES neonato?

NO

Descartar colorantes, fármacos

4º ¿Exploración con signos de hipertensión portal o diagnóstico de hepatopatía?

SI

NO

Probar tolerancia
Derivar a consulta de Gastroenterología

¿Dolor, molestias epigástrico, pirosis?

Valorar:
• Gastritis
• Úlcera péptica

Probar tolerancia oral
Pautar tratamiento con omeprazol /ranitidina + sucralfato
Derivar a consulta de gastroenterología

4. EVALUACIÓN TERCIARIA:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Hemograma:** si sangrado persistente o cuantioso. Se debe hacer cuando se haya producido una reposición adecuada de la volemia (en el momento agudo el hematocrito será normal). Si existe anemia hipocrómica y microcítica puede indicar sangrado crónico.
- **Bioquímica y coagulación:** Puede mostrar signos de hepatopatía o alteraciones de la coagulación.
- **Colocar sonda nasogástrica y realizar lavado con SSF 50-100ml:** En caso de sangrado cuantioso o persistente. Permitirá objetivar el sangrado, si es cuantioso y si es persistente. Un lavado claro no descarta sangrado significativo.
- **Pruebas cruzadas si sangrado importante o persistente.**
- **Endoscopia:**
 - **Urgente (Terapéutica):** Si no se consigue controlar el sangrado.
 - **Programada (Diagnóstica):** Si sangrado digestivo cuantioso o persistente.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

1. ANTIBIÓTICOS:

En el caso de varices gastroesofágicas debe administrarse antibioterapia de amplio espectro ya que puede ser el primer signo de sepsis y por el alto riesgo de bacteriemia de origen digestivo:

Ampicilina 200mg/Kg/día y gentamicina 5mg/Kg/día.

2. TRATAMIENTO DE GASTRITIS/ESOFAGITIS

- **Omeprazol:** 1mg/Kg/día durante 4 semanas (inicialmente iv, oral al alta).
- **Ranitidina:** 6mg/Kg/día durante 4 semanas (inicialmente iv /6h, al alta oral c/12h). Si no se dispone de omeprazol.
- **Sucralfato:** <10 kg: 0,5 g cada 6 horas, >10 kg: 1 g cada 6 horas, 30-60 minutos antes de las principales comidas y al acostarse. La tantes: 40-80 mg/kg/día cada 6 h. Durante 4 a 8 semanas.

3. VASOCONSTRICTORES ESPLÉNICOS. Solo en caso de hipertensión portal. Uso hospitalario.

- **Octreotido:** Iniciar con 1-2 mcg/kg en bolo IV directo seguido de 1-2 mcg/kg/h en infusión continua. La duración óptima de la terapia es desconocida. Cuando el sangrado no sea activo disminuir dosis al 50% cada 12 horas.

4. TRANSFUSIÓN DE HEMATÍES:

- Tras a adecuada reposición de volumen si persiste el sangrado y el hematocrito es menor de 30%. Los últimos estudios en adultos indican que podría ser más adecuado no trasfundir hasta valores de Hb de 7g/dL siempre que exista estabilidad hemodinámica.

5. OTROS:

- Vitamina K: 1mg/Kg, máximo 10mg vía intramuscular. **Si coagulación alterada o sospecha de enfermedad hemorrágica del recién nacido.**
- Endoscopia: En caso de sangrado cuantioso o persistente o en caso de inestabilidad persistente.

INDICACIONES DE INGRESO:

- Ingreso en planta:
 - Hemorragia cuantiosa o persistente con estabilización hemodinámica..
 - Coagulopatía y/o trombopenia asociada.
 - Anemización asociada.
- Ingreso en UCIN:
 - Sospecha de enfermedad hemorrágica del RN.
- Ingreso en UCIP:
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Necesidad de endoscopia urgente.
 - Signos de hipertensión portal.

INDICACIONES DE INTERCONSULTA A ESPECIALISTA URGENTE:

- Si sangrado importante o persistente por lesión mucosa o hipertensión portal: Gastroenterología.
- Si sangrado orofaríngeo o nasal importante: Otorrinolaringología.

INDICACIONES DE DERIVACIÓN A CONSULTA EXTERNA SI ALTA A DOMICILIO:

- Si sospecha de gastritis/úlceras pépticas: Gastroenterología.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO:

- Omeprazol y sucralfato en caso de sangrado no cuantioso y sospecha de lesión mucosa.

HEMATEMESIS

BIBLIOGRAFIA:

1. Teach SJ. Gastrointestinal Bleeding. In Gary R. Fleisher, Stephen Ludwig. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Lippincott Williams&Wilki; 6th revised edition (2010). Chapter 29: pp: 283-290.
2. Durbin DR, Liacouras CA, Seiden JA. Gastrointestinal Emergencies. In Gary R. Fleisher, Stephen Ludwig. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Lippincott Williams&Wilki; 6th revised edition (2010). Chapter 89: pp: 817-838.
3. Neidich GA, Cole SR. Gastrointestinal bleeding. *Pediatr Rev.* 2014 Jun;35(6):243-53
4. Singhi S, Jain P, Jayashree M, Lal S. Approach to a child with upper gastrointestinal bleeding. *Indian J Pediatr* April 2013 80(4):326–333.