



HEMORRAGIA DIGESTIVA

Susana Díaz Herranz
Médico de Urgencias del Hospital Perpetuo Socorro

Curso Urgencias residentes. Badajoz, Mayo/Junio 2017

HEMORRAGIA DIGESTIVA

DEFINICIÓN

Se define como la pérdida de sangre, mayor a 1.5 ml, que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano.

LOCALIZACIÓN
DE LA LESIÓN

CANTIDAD DE
PÉRDIDA
HEMÁTICA

DÉBITO DE LA
HEMORRAGIA

CLASIFICACIÓN

Según el sitio de origen

Hemorragia digestiva alta (HDA)

Hemorragia digestiva baja (HDB)

Relacionada a Hipertensión Portal (VARICIAL)

NO Relacionada a Hipertensión Portal (NO VARICIAL)



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DEFINICIÓN:

HDA se define como el sangrado originado en el tracto digestivo superior(esófago, estómago, la primera parte de intestino delgado), por encima del ángulo de Treitz.



HEMATEMESIS

MELENA

ANEMIA

SANGRADO OCULTO

SE PUEDE
MANIFESTAR

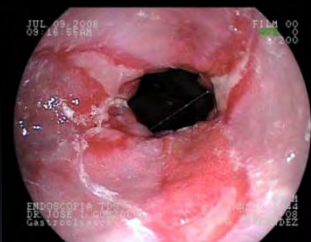
ETIOLOGIA



Úlcera péptica (+ frec)



Varices esofágicas



Esofagitis aguda

GASTRITIS AGUDA



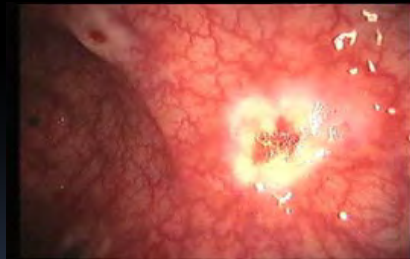
Gastritis erosiva



Sdr. De Mallory Weiss



Neoplasias



Angiodisplasia

Otros.....

CASO CLINICO

- Varón de 55 años
- MC : Melenas
- Constantes vitales:

PA: 95/50 mmHg Fc 110 lpm. Sat 93%

Nivel de triaje ¿? Nivel II

ANAMNESIS

- AP:

No RAMs

Niega hábitos tóxicos

FRCV: HTA, DLP

EPOC

IQ: hernia inguinal

Tto.: Candesartán 16, atorvastatina 40,
naproxeno 500, diazepam
5. Budesonida/formoterol.

ESTADO ACTUAL

- Refiere deposiciones negras, fétidas, abundantes desde hace 24 horas (x3).
- Malestar general y mareo/debilidad
- No dolor abdominal.
- Valorado en urgencias hace 5 días por dolor lumbar de tipo mecánico en tto. Con AINEs (naproxeno cada 12 horas + BDZ)

EXPLORACION FISICA

- REG
- VOC
- Palidez cutaneo-mucosa
- Eupneico, tolera decubito
- CYC: No IY, no adenopatis, no bocio
- AC: Rítmico, taquicárdico , sin soplos ni roce
- AP: MVC
- AB: normal.¡¡¡¡¡TACTO rectal!!!!
- MMII: Sin edemas, ni signos de TVP

TRATAMIENTO

- Reposo en cama a 30-45°
- Control de las deposiciones y ctes vitales /4h
- Monitorización y sonda vesical.
- Oxígeno según grado hipoxia, nivel conciencia...

SNG:

- ** Lavados suaves si sangrado activo
- ** Limpia no excluye Dx.(criterio hemodinamico prevalece)

TRATAMIENTO INICIAL

- 2 VIAS PERIFERICAS
- REPOSICION DE VOLUMEN

(Edad y comorbilidades)

Objetivo: PAS > 100 Fc < 100 Diuresis 50 cc/h

REEVALUAR!!!!

Cristaloides: 50% deficit estimado en 30 min

Coloides (voluven 6%)

Sangre sin cruzar (shock)

TRATAMIENTO INICIAL

Protección gástrica:

- .- Pantoprazol 80 mg iv en bolo (2 amp)
- .- 5 amp en 500 ssf a 21ml/h en 24h.

Antiheméticos: Metoclopramida iv/8h

Eritromicina: 200 mg iv en 125 cc SF entre 30 min y 1 h. antes de la endoscopia.

ASIGNACION DEL RIESGO PRENDOSCOPICO

Parámetros	Puntuación		
	1	2	3
Edad	< 60	60.a 79	> 80
Frecuencia Cardiaca	< 100	≥ 100	
Presión arterial sistólica	>100	>100	< 100
Enfermedades asociadas	Ninguna	Cardiopatía, EPOC, diabetes	IRC, neoplasia, cirrosis
Diagnóstico	Mallory-Weiss, sin lesión	Todos los otros diagnósticos (úlceras)	Neoplasia
Signos de hemorragia reciente	Sin estigmas. Hematina	-	Sangre fresca en estómago, Forrest I, IIa y IIb.

Riesgo bajo: 0.a 2 puntos

Recidiva: 5 %

Mortalidad: 0.1%

Riesgo intermedio: 3 y 4 puntos

Riesgo alto: 5.a 10 puntos

Recidiva: 25 %

Mortalidad: 17%

INDICE DE ROCKALL

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma: Hg 11 Hto 28% VCM 90

En las primeras horas no hay alteraciones

2-6h comienza la hemodilución

*Caidas de Hg < 2gr/dl en este periodo NO indican
recidiva/persistencia HD.*

Control de hemograma cada 6-12h.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- BQ: Gluc 128 Urea 127 Cr 1.10 Iones normales, enzimas cardiacas neg.

Índice urea/creatinina.

En la HDA hay un incremento desproporcionado de urea en relación altos niveles séricos de Cr, si es > 110 origen alto de la hemorragia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- EKG: Rs a 110 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Descartar cardiopatía isquémica

Coagulación: Act TP 65%

Rx Torax: Normal

Con cúpulas y abdomen para descartar perforación

ENDOSCOPIA

- Información diagnóstica.
- Estratificación del riesgo.
- Terapéutica.
- Prevención de recidivas.



La endoscopia precoz, realizada en las primeras 24 horas, disminuye la necesidades de transfusión, reduce num. de intervenciones, acorta la estancia hospitalaria y baja la mortalidad

CLASIFICACIÓN DE FORREST

CATEGORIA	CLASIF.	HALLAZGOS	RECIDIVA/ PERSISTENCIA	TTO.
Hemorragia activa	I a	Pulsátil	90%	SI
	I b	Babeante	55%	SI
Hemorragia reciente	II a	Vaso visible	43%	SI
	II b	Coágulo adherido	22%	SI
	II c	Mancha negra/roja en la base	7%	NO
No hemorragia	III	Base plana fibrinada	2%	NO

ENDOSCOPIA



Hallazgos:

Alto riesgo: Úlceras de cara posterior bulbar, curvatura menor del cuerpo y mayores de 2 cm .Tumores, HTP, origen desconocido.

Riesgo intermedio: Úlceras pépticas o artificiales.

Bajo riesgo: Mallory-Weiss, esofagitis, erosiones gástricas



CONTRAINDICACIONES

RELATIVAS

- IAM (si inestb hemodina)
- No colaboración (anestesia)
- Shock no compensado

ABSOLUTAS

- Perforación
- Insuficiencia respiratoria grave ($PaO_2 < 60$)
- Negativa del paciente

Caso clínico

- Rockall: 2 puntos Mortalidad 5,6 %
- 55 años: 0 puntos
- Hemodinámica: PAS < 100 2 puntos
- Endoscopia: Hemostasia de úlcera en antro, coágulo adherido a la base.

Forrest II b (recidiva 22%)

Rockall final: 2 puntos (Resangrado 5,3%,
recidiva

%)

¿Qué hacer ahora ?

- HDA grave/ masiva----UCI
- Ingreso ¿?

Rockall \leq 2 puntos (bajo riesgo)

Hg > 8-10 g/dl tras expansión de vól.

No precisa de transfusión

No restos hemáticos en las endoscopia

No comorbilidades graves

Edad < 60 años

Viven proximos al hospital

Soporte social adecuado....

HDA por VARICES

- Encefalopatía III-IV: IOT.
- SNG opcional si sangrado activo / riesgo de aspiración, lavados suaves.
- Precaución reexpansión de volúmen, si excesivo perpetua la hemorragia por aumento de la PVC.
- Mantener Hg en torno a 10 g/dl.
- Vit K 10-20 mg iv en 100 SFF. Plasma fresco si insuf.hepatica-----Hematología
- Plaquetas si trombopenia-----Hematología.
- Somatostatina: NO con hemoderivados ni SG5%
250 mcg/15 min (hasta 3 veces se repite si sangrado persiste)
Perfusión: 3 mg en 500 SFF/12horas
Profilaxis infección: ceftriaxona 1 gr iv cada 24 horas



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Curso Urgencias residentes. Badajoz, Mayo/Junio 2017

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La hemorragia digestiva baja es aquella que tiene su origen en el tubo digestivo distal al ángulo de Treitz.



EPIDEMIOLOGIA

- 20-30% de todas las hemorragias
- 80% ceden espontáneamente.
- Más frecuentes a más edad.
- Mas frecuentes en varones.
- Menor repercusión hemodinámica.
- Origen en el colon (80%).
- Mortalidad 23% en severas.

Etiología mas frecuente de la hemorragia digestiva baja

<i>Intestino delgado</i>	10%
Enfermedad de Crohn	
Angiodisplasia	
Divertículo de Meckel	
Neoplasia	
Fístula aortoentérica	
<i>Colon y recto</i>	80%
Divertículos	
Angiodisplasia	
Enfermedad inflamatoria	
Neoplasia	
Isquemia	
Colitis actínica o infecciosa	
Hemorroides	
<i>No diagnosticada</i>	10%

MANEJO EN URGENCIAS DE HDB

Estabilización hemodinámica

Se define hemorragia grave si $PAS < 100$ mmHg
y/o $Fc > 120$ lpm. (pérdida del 25-35%
volemia)

Descartar posible origen alto de la hemorragia.

Anamnesis y exploración.

Anamnesis

La **edad** del paciente puede ser orientativa.

En pacientes de edad avanzada las causas más frecuentes son :

- ✓ La diverticulosis colónica.
- ✓ La angiodisplasia de colon.
- ✓ Colitis isquémica
- ✓ Polipos y cancer

Mientras que en pacientes jóvenes predomina:

- ✓ La patología anal.
- ✓ La enfermedad inflamatoria intestinal.
- ✓ Pólipos

La presencia de dolor abdominal acompañante:

- puede sugerir una etiología isquémica
- inflamatoria



Mientras que:

- los divertículos y
- la angiodisplasia. Suelen causar hemorragia **indolora.**

El dolor anal: suele acompañar a la hemorragia producida por una fisura anal o por hemorroides.



Cambios es las heces

La hemorragia acompañada de **diarrea** sugiere:

- enfermedad inflamatoria intestinal
- Infección

Mientras que el **estreñimiento** puede asociarse a proceso

- Neoformativo
- hemorroides.

La presencia de un **cambio del ritmo** deposicional junto a **rectorragias** deben hacer sospechar un **proceso neoplásico**, sobre todo en pacientes mayores de 50 años.

El tacto rectal

- El tacto rectal debe formar parte de la exploración física de todos estos pacientes.
- En una primera fase es imprescindible una buena inspección de la **zona anal** en busca de **hemorroides y fisuras**.
- Con la exploración digital se deben buscar **masas o irregularidades**, al tiempo que permitirá **investigar la presencia de sangre y su aspecto**.



Exploraciones complementarias

- Radiografía de abdomen
- TAC
- Colonoscopia
- Capsula endoscópica
-

Colonoscopia:

- De elección (diagnóstica, sensibilidad, seguridad y terapéutica (hemostasia)).
- Pacientes hemodinámicamente estables.
- Su realización de manera precoz (24-48 horas), previa preparación con solución evacuante anterógrada para una correcta visualización, aumenta el rendimiento diagnóstico.
- Se reduce la estancia hospitalaria, aunque no reducción significativa del riesgo de recidiva hemorrágica o de la mortalidad.
- Por todo ello, actualmente no existe consenso en cuanto al momento ideal de la realización de la misma.

La arteriografía mesentérica selectiva:

Pacientes en los que no se ha podido realizar la colonoscopia (por inestabilidad hemodinámica)

Pacientes con hemorragia persistente o recurrente cuando la colonoscopia no ha sido diagnóstica.

- Esta técnica es diagnóstica y terapéutica.
- Únicamente es positiva con débitos hemáticos significativos (superiores a 0.5-1 ml/min)
- No exenta de complicaciones

TAC con contraste: Identificar sangrado activo y lesiones potencialmente sangrantes (tumores, pólipos, divertículos o angiodisplasias).

No ha sido totalmente validada y no se ha comparado directamente con la arteriografía.

La laparotomía urgente con endoscopia intraoperatoria si fuera necesaria, estaría indicada en aquellos casos de hemorragia masiva persistente o recurrente en la que no se consigue filiar y/o controlar el sangrado tras la colonoscopia o arteriografía.