



MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN UNA GUARDIA

Pablo Jérvez Puente
F.E.A Aparato Digestivo
Hospital La Inmaculada

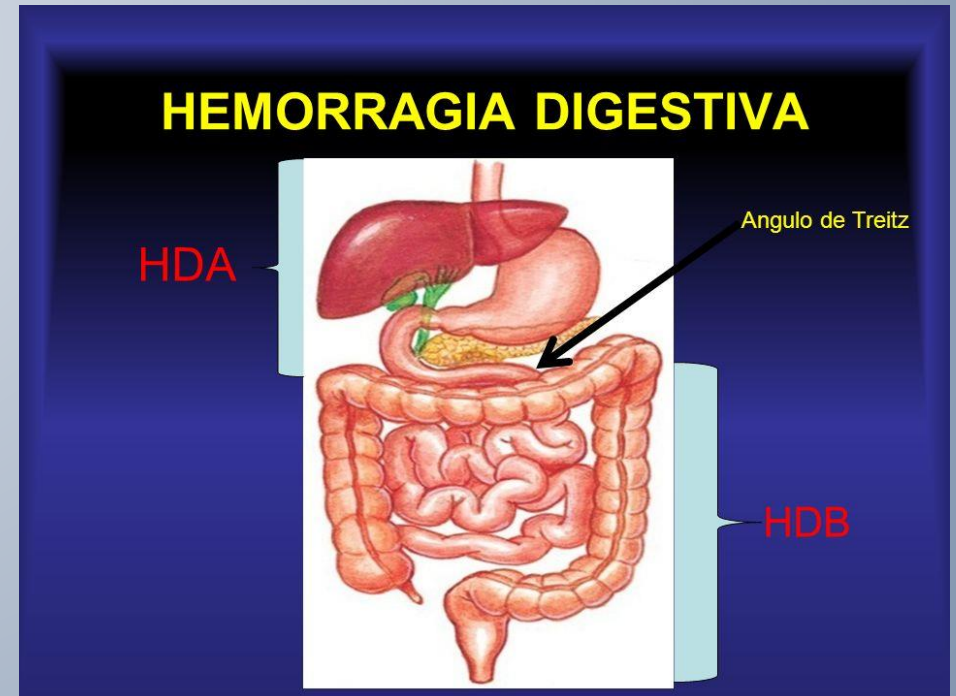
HEMORRAGIA DIGESTIVA

Representa una de las condiciones clínicas más prevalentes en los Servicios de Urgencia hospitalaria y de Gastroenterología, con una incidencia que varía, entre 48 y 160 casos por 100.000 habitantes y año.

HDA -HDA NO VARICOSA: 74-80%

HDA POR HIPERTENSIÓN PORTAL

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA





PRESENTACION CLINICA

- › La HDA se manifiesta habitualmente en forma de hematemesis o deposiciones melénicas.
- › Se denomina hematemesis al vómito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros (“poso de café”) y melena a la emisión de heces de color negro intenso y brillante, blandas y muy malolientes.
- › La hematoquecia es la exteriorización, a través del ano, de sangre roja fresca o de color rojo oscuro.



Evaluación inicial

Anamnesis, exploración física (TACTO RECTAL) y pruebas complementarias.

- 1) Confirmar la presencia de la hemorragia,
- 2) Evaluar la magnitud del sangrado y
- 3) comprobar si la hemorragia persiste activa.

CONFIRMAR QUE SE TRATA DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA

- › Diagnóstico evidente si hematemesis cuantiosa o melenas recientes y abundantes
- › Diagnóstico diferencial: -→ Presentación clínica:
 - › • Síncope, Sdme coronario agudo, disnea-----> Puede ser Hem. digestiva grave sin exteriorizar sangrado
 - › • Hematemesis sangre roja--- Descartar cirrosis hepática (varices esofágicas..)
 - › • Deposiciones oscuras... pero nula repercusión hemodinámica (PSEUDOMELENAS) -Valorar alimentos: espinacas, calamares en su tinta, arroz negro... -Tratº domiciliario con Hierro oral
 - › • Vómitos oscuros... ojo... Valorar posibilidad de origen retencionista, obstrucción intestinal.. Hacer Rx Abdomen
 - › • Epistaxis abundante o hemoptisis... si se deglute sangre: ocasiona melenas, posos cafe





ANAMNESIS/EXPLORACIÓN

- › AP ulcus péptico, HDA previa, AINEs
- › Abuso alcohol, hepatopatía Arañas vasculares, ascitis, encefalopatía
- › Vómitos repetidos que preceden a hematemesis
- › Disfagia, pérdida peso
- › CPRE reciente
- › AP Aneurisma Aorta intervenido
- › ERGE crónico, pirosis..
- › Peritonitis/abdomen agudo

ETIOLOGÍA HDA

- › Úlcera péptica/ gastroduodenitis
- › Varices esofágicas /gastropatía de la HT portal
- › Sd. Mallory-Weiss
- › Estenosis, tumor..
- › Sangrado post-esfinterotomía
- › Fístula aorto-entérica
- › Esofagitis péptica
- › Úlcera perforada



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA COMPLETA: HEMOGRAMA, BQ, COAGULACIÓN Y GSV.

- Hb y Hto en descenso

Anemia:

- › Si normo-normo (VCM normal): HD AGUDA
- › Si microcítica (VCM bajo): anemia crónica (puede estar reagudizada por HD)
- › Act. Protrombina, INR (ojo pacientes anticoagulados: Sintrom, Apixaban, Rivaroxabán..)
- › • Cociente Urea/Creatitina > 100: HDA 90% casos
- › Rx de tórax y abdomen una vez estabilizado el paciente.

Evaluación hemodinámica y reposición de la volemia

La primera medida terapéutica, que se debe establecer de inmediato en caso de repercusión hemodinámica, consiste en reponer la volemia con el fin de recuperar la situación hemodinámica

No es necesaria la transfusión sanguínea para reponer la volemia. Es recomendable ajustar la reposición a las necesidades de cada caso.

Gravedad	Síntomas y signos clínicos
HDA leve	· Paciente asintomático, constantes normales, piel normocoloreada, templada y seca · Indica una pérdida de hasta un 10% de la volemia circulante
HDA moderada	· TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 ppm, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales positivos · Pérdida de un 10-25% de la volemia
HDA grave	· TA sistólica < 100 mmHg, FC 100-120 ppm, taquipnea, intensa vasoconstricción periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos · Pérdida del 25-35% de la volemia
HDA masiva	· <i>Shock</i> hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria · Pérdida superior al 35% de la volemia



HDA grave-moderada

Es primordial estabilización antes de la endoscopia para evitar complicaciones

- › 2 vías periféricas gruesas (16-18 g)
- › Reserva de 4 Concentrados de Htíes
- › Analítica completa (Hem, BQ, coagulación),
- › ECG, Rx tórax y abdomen (tras estabilización)
- › Si sangrado activo/HDA grave: -Reposición de volemia intensiva con cristaloides: SUERO Salino Isotónico / Ringer Lactato – Si no responde: Sueroterapia a mayor ritmo - Oxigenoterapia, sonda vesical, Intubación... UCI

OBJETIVO:

TAs >100 mmHg, PVC: 0-5 mmHg, Diuresis >30 ml/H

Transfusión sanguínea

› Si **hemorragia digestiva masiva y shock**, el Hto. no refleja el grado de pérdida hemática:

› Administrar concentrados de Htíes y cristaloides conjuntamente

PACIENTE	TRANSFUSIÓN	OBJETIVO Hb
Estable sin hemorragia activa, ni cardiopatía.	$Hb \leq 7 \text{ g/dL}$	7-9 g/dL
Con hemorragia activa y/o cardiopatía.	$Hb \leq 8 \text{ g/dL}$	9-10 g/dL

En pacientes jóvenes, sin patología de base, hemodinámicamente estables y sin evidencia de sangrado activo, puede mantener conducta expectante con cifras de hemoglobina inferiores a 7 g/dl, si la anemia se tolera bien.

Pacientes **cirróticos** con HTP: mantener Hb 7-8 g/dl (**nunca >10 g/dl**)



Trastornos de la coagulación

› **TRATº TROMBOPENIA:**

- › Si plaquetas < 50000 y sangrado Activo: Transfusión de Plaquetas
- › **TRATº COAGULOPATÍA:** Si $INR > 1.5-2$ y sangrado activo: Adm. Complejo Protrombina (se podrá realizar EDA cuando $INR < 2.5$)
- › Si politransfusión: 1 Unidad de Plasma Fresco congelado por cada 4 CH

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PRE ENDOSCOPIA.

Si signos de sangrado activo (hematemesis, inestabilidad hemodinámica)

1º BOLO Omeprazol 80 mg (2 amp IV)

Luego: Omeprazol 40 IV (1 amp) a las 12 h

Si no sangrado activo (melenas, estable): omeprazol 40 Iv /12 h

Si sospecha de HDA por HTP (VARICES ESOFÁGICAS...):

- **SOMATOSTATINA:** (ampollas 3 mg)

BOLO INICIAL 250 µg: 1 amp de 3 mg. diluída en 12 cc. de S. Fisiológico, 1 bolo= 1 cc.

+

**PERFUSIÓN: 500 µg/hora: 2 amp. (6 mg) en 500 cc de S. Fisiológico
a 42 ml/h (cada 12 horas)**



› **ERITROMICINA:**

3-4 mg/ Kg (250 mg) 30-120 minutos antes de la endoscopia digestiva .

- Mejora la visualización durante la endoscopia
- Evita la necesidad de un “second-look”
- Reduce necesidades transfusionales
- Disminuye estancia hospitalaria



AVISAR A:

UCI:

Si sangrado activo y persistente e inestabilidad hemodinámica después de iniciar medidas de reanimación en planta u Observación

ENDOSCOPISTA:

Tras resultados de analítica, transfusión o corrección de coagulopatía si precisa.. Estabilización en S. Observación o en planta

CIRUGÍA / RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA:

Si no se consigue controlar el sangrado durante la endoscopia
Si alto riesgo de resangrado o complicaciones durante la endoscopia
Si sospecha de fístula aorto-entérica



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

EDA dentro de las 12-24 h Se debe realizar cuando el paciente ya se encuentra recuperado de la situación de shock, adecuadamente perfundido y bien oxigenado.

EDA en las primeras 4 a 6 h indicada en pacientes con hematemesis reciente aquellos con marcada anemia aguda

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

CLASIFICACIÓN FORREST



IA: sangrado arterial activo
Riesgo resangrado: 100%



IB: sangrado babeante
Riesgo resangrado: 55%



IIA: vaso visible
Riesgo resangrado: 43%



IIB. Coágulo fresco adherido
Riesgo resangrado: 22%



IIC: Hematina
Riesgo resangrado; 7%



III: base limpia
Riesgo resangrado: 3%

*Úlceras Forrest IA, IB, IIA y IIB será necesario tratamiento endoscópico hemostático (inyecciones adrenalina, hemoclips, spray hemostático...)

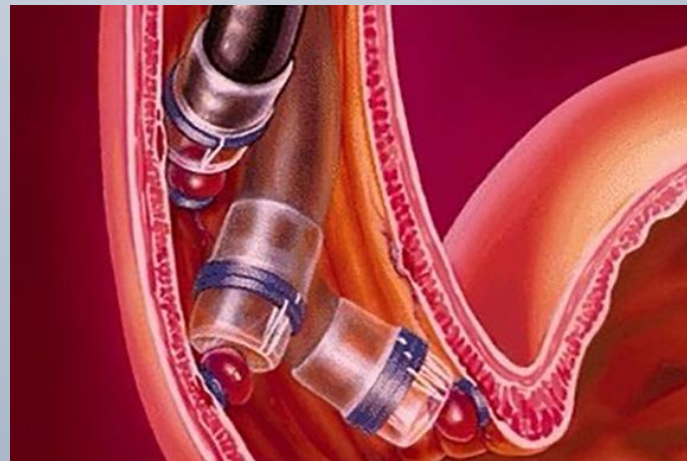
*Úlceras Forrest IIC y III: no tratamiento endoscópico. Alta precoz con IBP oral

HDA varicosa por HTP EDA urgente (6-12 horas)

La asociación de trat^o farmacológico (Somatostatina) y endoscópico, mejora el control del sangrado y reduce la mortalidad

Si paciente inestable/ sangrado activo (hematemesis en el hospital...) la EDA se realizará en UCI, intubación orotraqueal..

Ceftriaxona 1 gr c/24 IV para disminuir riesgo de PBE.





HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- › Origen colónico: 75%
- › • RECTORRAGIA O HEMATOQUECIA
- › A veces Melena si origen colon proximal (ciego, colon derecho) o Int. Delgado
- › Curso más benigno que HDA
- › • Autolimitada en >80% casos
- › • Mortalidad global: 4% (ancianos, comorbilidades..)



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Causas de HDB		
Divertículos	Colitis ulcerosa	Complicaciones de técnicas
Angiodisplasias	Enfermedad de Crohn	Varices colónicas
Lesión de Dieulafoy	Colitis isquémica	Enteropatía hipertensión portal
Pólipos	Colitis postradiación	Úlcera rectal solitaria
Neoplasias	Colitis infecciosa	Invaginación
Patología anorrectal	Colitis por antibióticos	Endometriosis



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

CRITERIOS DE GRAVEDAD:

- TAs <100 mmHg
- FC >100 lpm
- Hb <10 g/dl
- Necesidad transfusión
- Comorbilidades y uso de ACO



HDB AGUDA: siempre valorar estado hemodinámico

Leve: Analítica normal (no anemia..) Vigilancia.

Moderada: Anemia moderada, sin inestabilidad hemodinámica
Monitorización de constantes, valorar tratº Hierro IV, corrección de coagulopatía..
Control evolutivo/analítico IC a Digestivo para valorar colonoscopia al día siguiente.

Grave: Anemia severa, inestabilidad hemodinámica iniciar: medidas reanimación (igual que HDA) .
Avisar UCI y Cirugía.

