

# CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

## HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

Sandra López López

Médico Servicio Urgencias Hospital de la Ribera

# DEFINICIÓN

Es la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo que se presente de forma aguda

# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **HEMATEMESIS**: Vómito de sangre roja, parcialmente digerida o en “posos de café”
- **MELENAS**: heces negras, pastosas y malolientes como “el alquitrán”
- **HEMATOQUECIA**: sangre oscura y coágulos mezclados con las heces
- **RECTORRAGIA**: sangre roja o coágulos frescos mezclados con las heces

# CLASIFICACIÓN

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA):

- Por encima del ángulo de Treitz
- Hematemesis con o sin melenas o rectorragia en caso de HDA masiva
- Tipos: HDANV y HDAV o asociada a Hipertensión Portal

## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB):

- Entre el ángulo de Treitz y el ano
- Hematoquecia, rectorragia o en caso de tránsito lento melenas

# MANEJO INICIAL

- 1. CONFIRMACIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 2. VALORACIÓN DE SU CUANTÍA Y REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA
- 3. RESUCITACIÓN HEMODINÁMICA

# CONFIRMACIÓN DE LA HEMORRAGIA

- Visualización de restos de sangre en el paciente
- **No** se recomienda sonda nasogástrica por su baja sensibilidad y especificidad, asociado a sus complicaciones
- Se debe hacer un **tacto rectal** a todo paciente con sospecha de hemorragia digestiva

# VALORACIÓN DE SU CUANTÍA Y REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA

HIPOVOLEMIA	PÉRDIDA DE VOLUMEN	SIGNOS CLÍNICOS HABITUALES
Leve (10-15%)	500-750 ml	TAS y FC normales
Moderada (15-25%)	750-1250 ml	TAS >100mmHg y FC <100lpm . Frialdad extremidades
Grave(25-35%)	1250-1750 ml	TAS<100mmHg y FC 100-120 lpm. Shock
Masiva(>35%)	1750-2500ml	TAS<60mmHg y FC >120 lpm. Estupor, palidez y anuria

# RESUCITACIÓN HEMODINÁMICA

- MEDIDAS GENERALES
- REPOSICIÓN DE LA VOLEMIA
- TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS



# MEDIDAS GENERALES

- 2 vías periféricas grueso calibre o 1 periférica y una central
- Control diuresis horaria
- Hemograma completo, bioquímica, coagulación, gaso venosa y pruebas cruzadas
- ECG y Rx Tórax si hay sospecha de descompensación respiratoria o cardiovascular
- Cuidados vía aérea y valorar IOT si hay shock hipovolémico, bajo nivel de conciencia o hematemesis masiva
- Si hay hemorragia digestiva masiva o que no responde a medidas iniciales.  
INGRESO EN UCI

# REPOSICIÓN DE LA VOLEMIA

- Inicialmente con cristaloides (suero salino fisiológico al 0,9% o solución salina de Ringer)
- Conseguir TAS >90 mmHg
- Caso de sangrado por varices esofágicas no continuar con administración volumen cuando TAS >90mmHg para evitar aumentar la presión portal

# TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

## 1. CONCENTRADO DE HEMATÍES:

- Junto a los cristaloides ante hemorragia masiva y shock
- En pacientes estables en caso de  $Hb < 7$ , para mantenerla entre 7 y 9 g/dl.

Excepto en niveles  $Hb < 9$  en ancianos o pacientes cardiovasculares o respiratorios

## 2. POOL DE PLAQUETAS:

- En pacientes con  $< 50.000$  plaquetas

## 3. PLASMA FRESCO:

- Cuando el I.Quick  $< 60\%$ . En pacientes anticoagulados con Sintrom añadir vitamina K

# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

- ETIOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO

# HDANV(ETIOLOGÍA)

- Ulcus péptico gástrico o duodenal
- Lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal
- Síndrome Mallory-Weiss
- Esofagitis péptica
- Erosiones hernia hiatal
- Neoplasias esofágicas, gástricas o duodenales
- Hemobilia
- Fístula aortoentérica
- Lesiones vasculares

# HDANV(DIAGNÓSTICO)

- Antecedentes: episodios previos, fármacos, alcohol, tabaco
- Síntomas digestivos previos: epigastralgia, pirosis, náuseas, vómitos, disfagia, regurgitación
- Síntomas de estrés: quemaduras, TCE, sepsis, broncoaspiración
- Exploración Física: constantes vitales, valorar volemia y nivel de consciencia
- Endoscopia digestiva: diagnóstico-terapéutica alta en las primeras 12-24 horas

# HDANV (TRATAMIENTO)

- **Tratamiento farmacológico:**
  - IBP omeprazol: bolo 80mg iv (2 viales), continuar con perfusión 40mg/iv/8h (5 amp en 500ml SF 0,9% a 21 ml/h)
- **Endoscopia Digestiva Alta:**
  - En las primeras 12-24 h
  - Urgente si hay inestabilidad hemodinámica
  - Permite estratificar el riesgo, realizar el tratamiento endoscópico y tomar decisiones clínicas

# HDAV

- ETIOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO



# HDAV (ETIOLOGÍA)

- Varices esofágicas
- Varices gástricas
- Gastropatía portal hipertensiva

# HDAV (DIAGNÓSTICO)

- Antecedentes: hepatopatía, varices conocidas, etilismo crónico
- Exploración Física: estigmas de **hepatopatía crónica**
- Son **vómitos de sangre roja “en escopetazo”** abundantes, frecuentemente asociados a inestabilidad hemodinámica
- Endoscopia precoz en las primeras 12 horas

# HDAV (TRATAMIENTO)

- **FARMACOLÓGICO:**

- Omeprazol: inicial 80mg/iv. Continuar 40mg/iv/8h
- Somatostatina(amp 250mcg y de 3 mg): bolo inicial 250mcg iv seguido de perfusión de 6mg en 500ml SF cada 12h de 2-5 días. Disminuye la incidencia de resangrado pero no la mortalidad
- Terlipresina : en bolo iv/4h según peso. (<50kg 1mg/iv/4h, 50-70 kg 1,5 mg/iv/4h, >70 kg 2 mg/iv/4h. De elección porque ha demostrado reducción significativa en la tasa de mortalidad. Contraindicaciones: embarazo, shock séptico, IRC, asma descompensado, insuficiencia respiratoria
- Profilaxis infección bacteriana: ceftriaxona 1 gr/iv/24h y si alergia fluorquinolonas ciprofloxacino 200mg/iv/12 horas
- Profilaxis encefalopatía hepática: lactulosa (30ml/6h) y enemas de limpieza con lactulosa 300ml en 500ml de agua cada 12-24 horas
- Prevención fallo renal agudo: suspender fármacos nefrotóxicos, mantener adecuada expansión volumen plasmático

- **ENDOSCOPIA:**

- Primeras 24 horas, preferiblemente las primeras 12 horas
- Ligadura con bandas elásticas o escleroterapia

# PUNTOS CLAVE

- Es importante el conocimiento de los diferentes términos que se refieren al sangrado digestivo: hematemesis, melenas, hematoquecia y rectorragia
- No está recomendado la colocación de SNG para confirmar el origen de la HDA
- Se debe hacer un tacto rectal a todo paciente con sospecha de hemorragia digestiva
- En la HDA se recomienda la realización de la endoscopia urgente en las primeras 12-24h
- La realización de endoscopia es urgente si hay inestabilidad hemodinámica
- En la HDAV está recomendada la profilaxis peritonitis bacteriana y de encefalopatía

# HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

# DEFINICIÓN Y EPIDIMIOLOGÍA

- Se define como la emisión de sangre por el ano de forma aislada o junto con las heces
- Aparece como motivo de consulta en un 6 por 1000 de las visitas al médico de Atención Primaria
- Sólo entre 13-45% pacientes con rectorragia consultan al médico
- Las causas más frecuentes de rectorragia en AP son las hemorroides o la fisura anal
- Entre las causas de rectorragia en > 40 años aumentan los pólipos, divertículos y cáncer colorrectal
- Las causas más frecuentes en AE son los pólipos, cáncer colorrectal y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

# FORMAS DE PRESENTACIÓN

- HEMATOQUECIA / RECTORRAGIA: origen en colon
- MELENAS:
  - En ocasiones puede deberse a hemorragia digestiva baja, cuando ésta procede de : colon derecho(peristaltismo lento) o intestino delgado

# HISTORIA CLÍNICA

- ANAMNESIS
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



# ANAMNESIS

- Edad
- Antecedentes personales:
  - Enfermedades asociadas
  - Hábitos tóxicos , toma de fármacos
  - Antecedentes digestivos
  - Antecedentes familiares de enfermedades gastrointestinales
- Clínica:
  - Características del sangrado
  - Tiempo transcurrido
  - Datos que orientan al origen:
    - Hemorroides, fisura anal
    - EIIC
    - Colitis Isquémica
    - Diverticulosis
    - Diverticulitis
    - Angiodisplasia
    - Divertículo de Meckel

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- CONSTANTES: TA, FC, FR
- SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN PERIFÉRICA
- EXPLORACIÓN ABDOMINAL:
  - INSPECCIÓN ABDOMINAL: hepatopatía, asimetrías, cicatrices i.q. previas,..
  - PALPACIÓN ABDOMINAL: hepatoesplenomegalia, peritonismo, ascitis,..
- TACTO RECTAL:
  - Valorar existencia de lesiones perianales, fístulas, fisuras, abscesos, hemorroides externas y/o procesos colapsantes a través del canal anal
  - Visualizar restos de sangre o heces en el dedil del guante

# EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **ANALÍTICA:**
  - Hemograma: HDB aguda anemia normocítica normocrómica, HDB crónica anemia microcítica hipocrómica
  - Bioquímica
  - Coagulación
- **PRUEBAS CRUZADAS:** cruzar y reservar 2 concentrados de hematíes
- **OTRAS:**
  - Rx simple de abdomen: ante sospecha obstrucción o isquemia intestinal
  - ECG en cardiópatas para descartar daño isquémico o arritmias
- **COLONOSCOPIA:**
  - Debe realizarse en las primeras 24h desde que el paciente acude al Servicio de Urgencias
  - Triple Objetivo: Diagnóstico, Pronóstico y Terapéutico
  - Contraindicaciones: IMA reciente(<30 días), inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria grave, cirugía reciente del tracto GI superior (<7 días)

# MANEJO GLOBAL EN URGENCIAS DE LA HDB

- ACTUACIÓN INICIAL/ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE
- TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS
- COLONOSCOPIA
- TRATAMIENTO ESPECÍFICO CON DIAGNÓSTICO POR COLONOSCOPIA (REALIZADO POR ENDOSCOPISTA)
- TRATAMIENTO HEMORROIDES
- TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL

# ACTUACIÓN INICIAL/ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE

- Coger 2 vías periféricas
- Extracción de sangre para determinaciones analíticas
- Reposición de volemia con suero fisiológico, si se estima la pérdida hemática >30% iniciar transfusión de concentrado de hematíes
- Dieta absoluta
- Control de constantes y diuresis

# TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

- **CONCENTRADO DE HEMATÍES:**
  - Pacientes con sangrado sostenido
  - Hipotensión mantenida a pesar de fluidos
  - Límite para iniciar la transfusión es una hemoglobina 7-8 g/dl
- **POOL DE PLAQUETAS:**
  - En pacientes con <50.000 plaquetas
- **PLASMA FRESCO:**
  - Cuando el I.Quick <60%. En pacientes anticoagulados con Sintrom añadir vitamina K

# COLONOSCOPIA

- El tratamiento endoscópico previene el resangrado, disminuye la necesidad transfusional y de tratamiento quirúrgico
- Si el tratamiento endoscópico fracasa se debe recurrir a la cirugía

# TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES

- Medidas higiénico-dietéticas
- Tratamiento Farmacológico: compuestos anestésicos y corticoides (aplicar sólo durante unos pocos días)
- Fármacos venotónicos
- Tratamiento quirúrgico: ligadura con bandas elásticas, hemorroidectomía, mucosectomía circunferencial



# TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL

- Medidas higiénico-dietéticas
- Anestésicos y corticoides tópicos
- Nitratos tópicos
- Toxina botulínica
- Tratamiento quirúrgico: Esfinterotomía lateral interna

# CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Signos de inestabilidad hemodinámica
- Anemia importante
- Necesidad de transfusión sanguínea
- Cuando el paciente está estable, criterio individualizado según:
  - Cuantía del sangrado
  - Cese o persistencia del sangrado
  - Sospecha de su naturaleza benigna o maligna
  - Existencia de enfermedad asociada

**FIN**