



HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

CURSO DE URGENCIAS PARA RESIDENTES 2024

LOURDES GARCÍA LINARES

R3 Aparato Digestivo

Hospital Universitario de Badajoz

ÍNDICE



Hemorragia gastrointestinal

Hemorragia digestiva alta

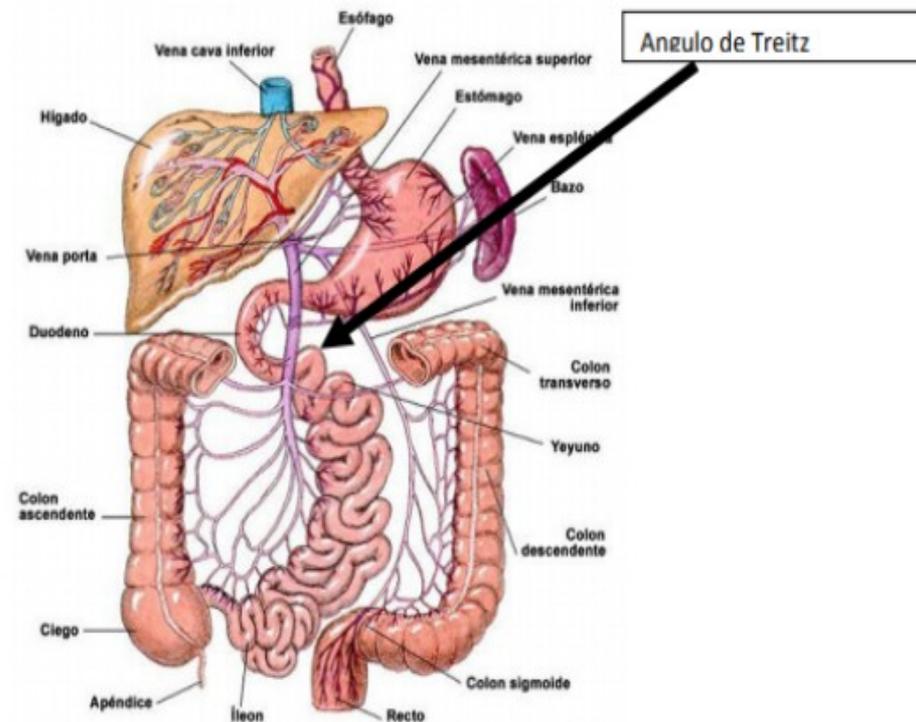
Hemorragia digestiva baja

Errores en la práctica clínica

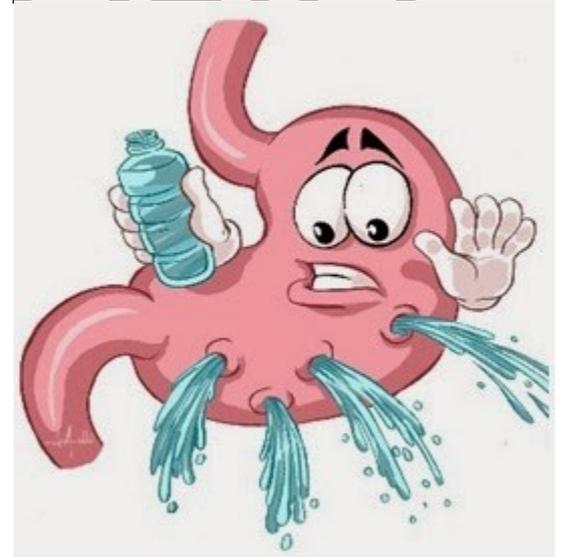
Bibliografía

CONCEPTO

- Pérdida sanguínea causada por una lesión situada en el tracto gastrointestinal.
- Según localización respecto al ángulo de Treitz:
 - HDA: por encima.
 - HDB: por debajo.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



HDA

EPIDEMIOLOGÍA

- Alta prevalencia en los servicios de Urgencias hospitalarias.

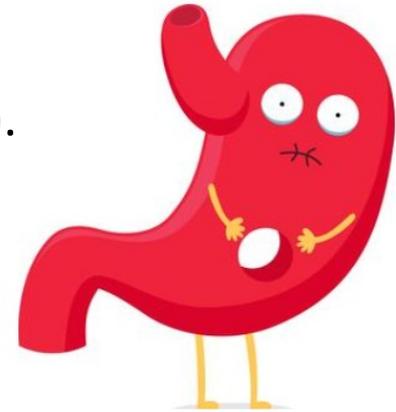
• CLÍNICA

- HEMATEMESIS
- MELENAS
- *SHOCK* HIPOVOLÉMICO.



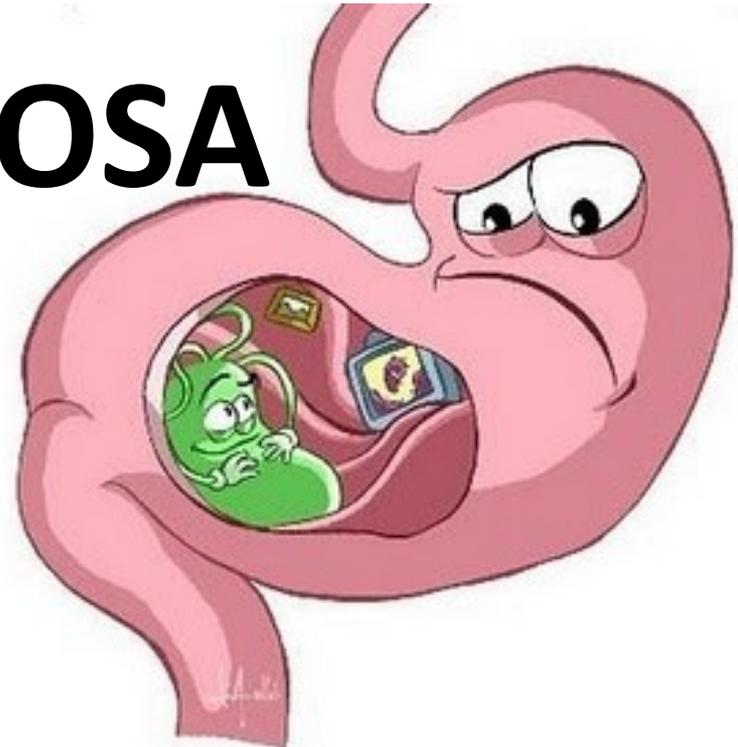
ETIOLOGÍA

- HD NO VARICOSA
 - **Úlcera péptica gastro-duodenal** (la + frecuente).
 - Erosiones y esofagitis.
 - Malformaciones vasculares.
 - Laceración de Mallory-Weiss.
 - Tumores.
- HD HIPERTENSION PORTAL
 - HD varicosa.
 - Gastropatía de la HTPo.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

NO VARICOSA



DIAGNÓSTICO

1. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN HEMODINÁMICA

Tabla I. Evaluación hemodinámica de la gravedad de la hemorragia

Gravedad	Parámetros hemodinámicos
Leve	PAS > 100 mmHg y FC < 100 lat/min.*
Grave	PAS < 100 y/o FC > 100 lat/min.* Signos de hipoperfusión periférica o central: frialdad acra, oliguria, taquipnea, ansiedad y letargia.

PAS : presión arterial sistólica. FC: frecuencia cardiaca.

😊 ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Normocoloreado
Piel caliente y seca
FC < 100 lpm
TAS > 100 mmHg

☹️ INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Palidez muco-cutánea
Diaforesis y frialdad
FC > 100 lpm
TAS < 100 mmHg

DIAGNÓSTICO

Una vez conseguida la ESTABILIDAD HEMODINÁMICA:

- **ANAMNESIS:**

- Antecedentes personales relevantes.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de fármacos gastrolesivos (AAS u otros AINEs).
 - **Alto % de úlceras 2^{as} a ingesta crónica de AINE son asintomáticas hasta que sangran.**
- Síntomas digestivos.
 - La desaparición del dolor epigástrico de origen ulceroso ante el inicio de la HDA es muy característico.
- Cortejo vegetativo.

DIAGNÓSTICO

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- Palidez muco-cutánea.
- Expl. Abdominal: *RHA aumentados.*
- **TACTO RECTAL.**

- **ANALÍTICA + GV:**

- Hemograma
- Coagulación + PRUEBAS CRUZADAS.
- Bioquímica (urea, creatinina, iones, perfil hepático)
 - **Urea x 2-3**
 - **Cociente urea/creatinina: > 100:1 ORIGEN ALTO 90% CASOS**

¿Colocación de sonda nasogástrica?

- **No se recomienda el uso rutinario de sonda de aspiración / lavado nasogástrico u orogástrico en pacientes que se presentan con HDA aguda.**
(recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada) .

- **CASOS ESPECIALES:**
 - Broncoaspiración en pacientes en coma.



TRATAMIENTO HDA-NV

- A) Medidas generales.
- B) Estabilización hemodinámica. Reposición de volemia. Monitorización.
- C) Transfusión.
- D) Corregir alteraciones de la coagulación.
- E) IBP.
- F) Procinético.
- G) Endoscopia digestiva alta.

TRATAMIENTO HDA-NV

A) MEDIDAS GENERALES

- Reposo en cama con cabecero elevado 30º o decúbito lateral izquierdo si presenta vómitos.
- Dieta absoluta.
- Monitorización de TA, FC, SatO₂, ECG.
- Sondaje vesical y medición de diuresis horaria.
- Oxigenoterapia: *ventimask* al 30% si *shock*.
- Medicación habitual (de vital importancia vía i.v.).
 - Suspender hipotensores o depresores de contractilidad miocárdica.

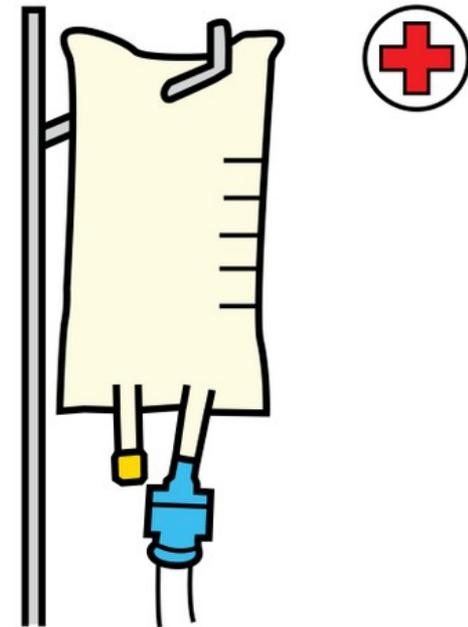
TRATAMIENTO HDA-NV

B) ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA.

REPOSICIÓN DE VOLEMIA

- Buen acceso venoso con al menos 2 cánulas i.v.
+/- catéter venoso central (PVC).
- **CRISTALOIDES (Ringer lactato o SSF)** a un ritmo adecuado para evitar la hipoperfusión.
 - TAS > 100 mmHg y diuresis > 30 ml/h.

***Una reposición excesiva de la volemia podría favorecer la recidiva.**



TRATAMIENTO HDA-NV



C) TRANSFUSIÓN

- Cruzar y reservar al menos 4 UCH.
- **Transfusión RESTRICTIVA de concentrados de hematíes** con una Hb objetivo 7- 9 g/dL
 - Hb objetivo 8-10 si comorbilidad.

Valores iniciales de Hb (o Hto) no son precisos en la hemorragia aguda. Repetir periódicamente.

TRATAMIENTO HDA-NV

D) CORREGIR ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN.

- En caso de politransfusión (≥ 6 CH en 24 h), valorar PFC.
- **INR <2.5** antes de realizar una EDA si la situación clínica lo permite.

- ANTAGONISTAS DE VIT K:
 - Suspende y corrige INR si inestabilidad hemodinámica:
 - **Vitamina K 10 mg iv +/- PCC.**
- NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS:
 - Suspende temporalmente.
 - Antídoto: Tiempo vs. Específico (IDARUCIZUMIBAB).
- ANTIAGREGANTE.
 - Según hallazgos en EDA.

En coordinación con hematólogo/cardiólogo.

TRATAMIENTO HDA-NV

E) IBP i.v.:

- INICIO PRECOZ
 - Bolo inicial: Pantoprazol 80 mg.
 - Perfusión continua: 5 ampollas de 40 mg en 500 cc de SSF a 21 ml/h (8 mg/h).

F) PROCINÉTICO

- ERITROMICINA i.v.:
 - Dosis única: 250 mg.
 - Momento: 30–120 minutos antes de la EDA.

TRATAMIENTO HDA-NV

G) EDA

- Diagnóstico de certeza de una HDA aguda: EDA. *S y E > 95%*
 - Tiempos para EDA:
 - EDA temprana: < 24 h tras estabilización hemodinámica.
 - EDA MUY TEMPRANA: <12 h : Si ALTO RIESGO:
 - **Inestabilidad hemodinámica persistente.**
 - **Émesis sanguinolenta intrahospitalaria/aspirado nasogástrico.**
 - **Contraindicación para la interrupción de la anticoagulación.**
 - EDA INMEDIATA <6 h: aumenta la mortalidad.
- **IMPORTANTE:** Conseguir estabilización hemodinámica previa.
 - Principal causa de mortalidad por HDA son las comorbilidades.
 - Si estabilidad hemodinámica imposible: valorar cirugía urgente + endoscopia intraoperatoria.

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
POR HIPERTENSIÓN PORTAL
(VARICOSA)**



HDA POR VARICES ESOFÁGICAS

- Complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal.
- Mortalidad del 20-30%.

- **ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- Datos que orienten a hepatopatía subyacente:
 - Ingesta enólica.
 - Infección crónica por VHB o VHC.
 - Estigmas cutáneos de hepatopatía crónica.

En muchos casos aparecen otras complicaciones de la cirrosis



TRATAMIENTO HD-V

- A) Medidas generales.
- B) Estabilización hemodinámica. Reposición de volemia. Monitorización.
- C) Transfusión.
- D) Corregir alteraciones de la coagulación.
- E) Procinéticos.
- F) Profilaxis de las complicaciones.
- G) Tratamiento hemostático:
 - Farmacológico.
 - EDA.
 - Rescate.

TRATAMIENTO HD-V

A) MEDIDAS GENERALES.

B) ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA

- Reposición de volemia:
 - **RESTRICTIVA. HIPOTENSIÓN MANTENIDA...**

C) TRANSFUSIÓN SANGÚINEA.

D) CORREGIR ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN:

- No existe umbral para transfundir plaquetas.
 - Generalmente si < 50.000 .



COAGULOPATÍA Y TROMBOCITOPENIA
EN CIRRÓTICOS

TRATAMIENTO HD-V

E) PROFILAXIS DE LAS COMPLICACIONES:

- **INFECCIÓN (PBE):**

- Antibiótico desde el ingreso y durante los 7 días siguientes.
 - **CEFTRIAXONA 1g/día i.v.**

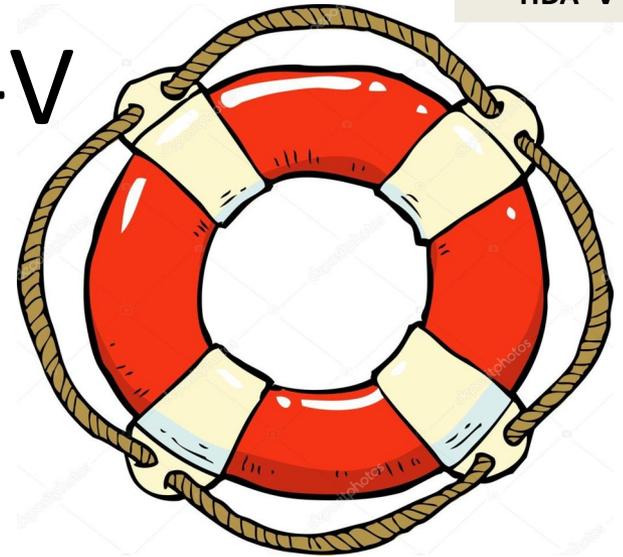
- **INSUFICIENCIA RENAL Y/O RESPIRATORIA:**

- Adecuada reposición de volemia.
- Protección de la vía aérea.
- Evitar la administración de fármacos nefrotóxicos (especialmente AINE).

- **ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA:**

- Eliminación de restos hemáticos (aspiración contenido gástrico + **enemas de limpieza con lactulosa** cada 12-24 horas). 2-3 deposiciones al día.

TRATAMIENTO HD-V



F) TRATAMIENTO HEMOSTÁTICO.

• FARMACOLÓGICO:

INICIAR LO ANTES POSIBLE.

– SOMATOSTATINA

- Bolo i.v. de 250 μ g.
- Mantenimiento: perfusión i.v. continua a 250 μ g/h que puede incrementarse a 500 μ g/h si persiste hemorragia activa.

6 mg en 500 ml SSF a pasar a 21 ml/h.

– TERLIPRESINA

- Bolos i.v. de 2 mg/4 h IV hasta 48 h después de lograr hemostasia
- Mantenimiento 72 h más a mitad de dosis (1 mg/4 h).

- Efecto sistémico: CI en pacientes con cardiopatía o vasculopatía isquémica.

– OCTREOTIDA

TRATAMIENTO HD-V

F) TRATAMIENTO HEMOSTÁTICO:

• ENDOSCÓPICO

– Tiempos:

- En las primeras **12 h.**
- Si hemorragia activa e inestabilidad preferentemente en las primeras **6 h.**

– Técnica:

- **Ligadura endoscópica** de varices mediante bandas elásticas (de elección).
- Escleroterapia (alternativa).

• Si fracaso o recidiva precoz:

- 2ª sesión EDA de tratamiento.
- Si persistencia: tratamiento derivativo de rescate.





ERRORES COMUNES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

- Transfusión de más concentrados de hematíes de la cuenta.
- Reposición de volemia debe ser cautelosa.
- Colocación de SNG de rutina.
- Ante fracaso de tratamiento farmacológico y endoscópico de la HDA-V, nunca deben intentarse más de 2 procedimientos endoscópicos.
 - Un 3^{er} tratamiento aumenta la mortalidad.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA



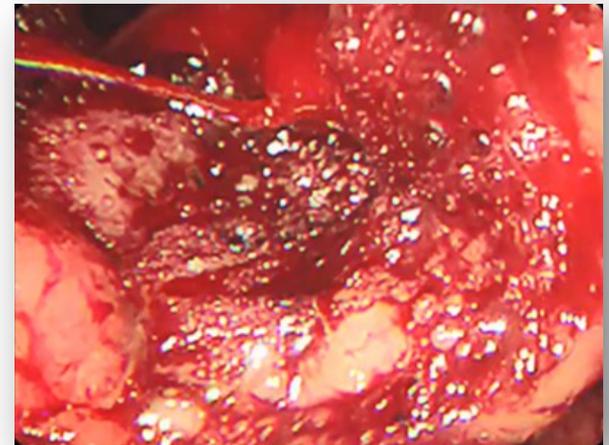
HDB

CONCEPTO:

Sangrado en el TGI distal al ángulo de Treitz.

EPIDEMIOLOGÍA

- 25-40% del total de las hemorragias GI.
- Elevada prevalencia (2-3% de población).
- Mayor gravedad a mayor edad.
- Menor mortalidad que HDA (2-4%).



CLÍNICA

- FORMA DE PRESENTACIÓN:

- RECTORRAGIA
- HEMATOQUECIA
- DIARREA SANGUINOLENTA
- MELENAS



} 90%

HDB vs. HDA
COÁGULOS Y MEJOR TOLERANCIA

Según:

- Distancia al ano.
- Velocidad del tránsito.
- Intensidad del sangrado.

Tiempo de
permanencia en el TGI

ETIOLOGÍA

- **Divertículos** (+ frec)
- **Angiodisplasias** (causa + frec de ID)
- Dieulafoy

- Tumores
- EII
- Colitis isquémica
- Proctitis post-radioterapia
- Patología anal (más frecuente de HDB leve)

- Polipectomía previa
- Biopsia prostática transrectal
- Cirugía hemorroides

- **AMPLIO ESPECTRO:**
según repercusión hemodinámica

GRAVE

NO GRAVE

SIN OLVIDAR

CLÍNICA-ETIOLOGÍA

- Dolor abdominal:
 - Etiología isquémica o inflamatoria.
- Indolora:
 - Divertículos o angiodisplasia.
- Dolor anal:
 - Fisura anal o hemorroides.
- Diarrea sanguinolenta:
 - EEI.
- Estreñimiento:
 - Neoformación o hemorroides.

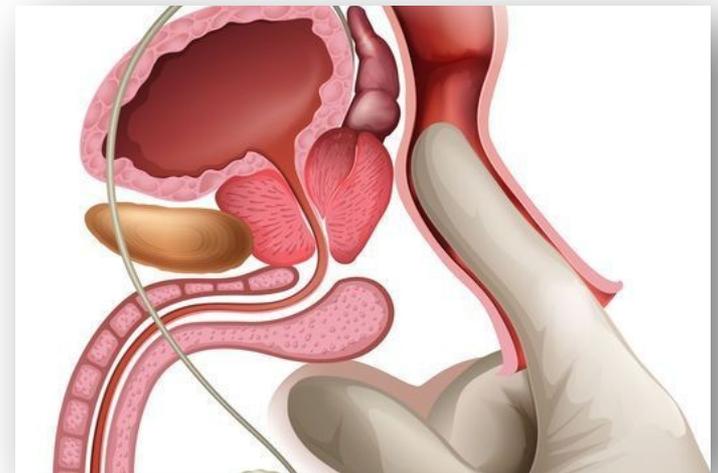


DIAGNÓSTICO

HISTORIA CLÍNICA

- ANAMNESIS:
 - Edad
 - Forma de presentación, duración, intensidad, frecuencia, color.
 - Síntomas asociados
- ANTECEDENTES PERSONALES
 - Pólipos de colon o CCR.
 - Colonoscopias previas.
 - Fármacos: ACO, AINE...
- EXPLORACIÓN FÍSICA: **TACTO RECTAL!!**

ANALÍTICA BÁSICA



DIAGNÓSTICO

ANTE ESTABILIDAD HEMODINÁMICA:

COLONOSCOPIA

- Exploración con mejor relación coste/efectividad.
- PREVIA limpieza anterógrada del colon.
- Tiempos:
 - LEVE/Limitado: diferida (> 24 horas).
 - SEVERA: precoz
 - **Preparación intensiva con > 4 litros de solución de polietilenicol (SNG) +/- procinéticos i.v.**
 - < 24 h: Recomendado
 - < 12 h: Cuestionado: alto % autolimitadas, no claro beneficio.

NO:

- Colitis grave/fulminante.
- Perforación

EDA

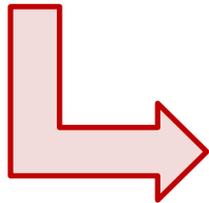
- Indicación: HDB grave o colonoscopia sin lesiones.
- **10-15% origen del sangrado: TGI ALTO!!**

DIAGNÓSTICO

ANTE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA:

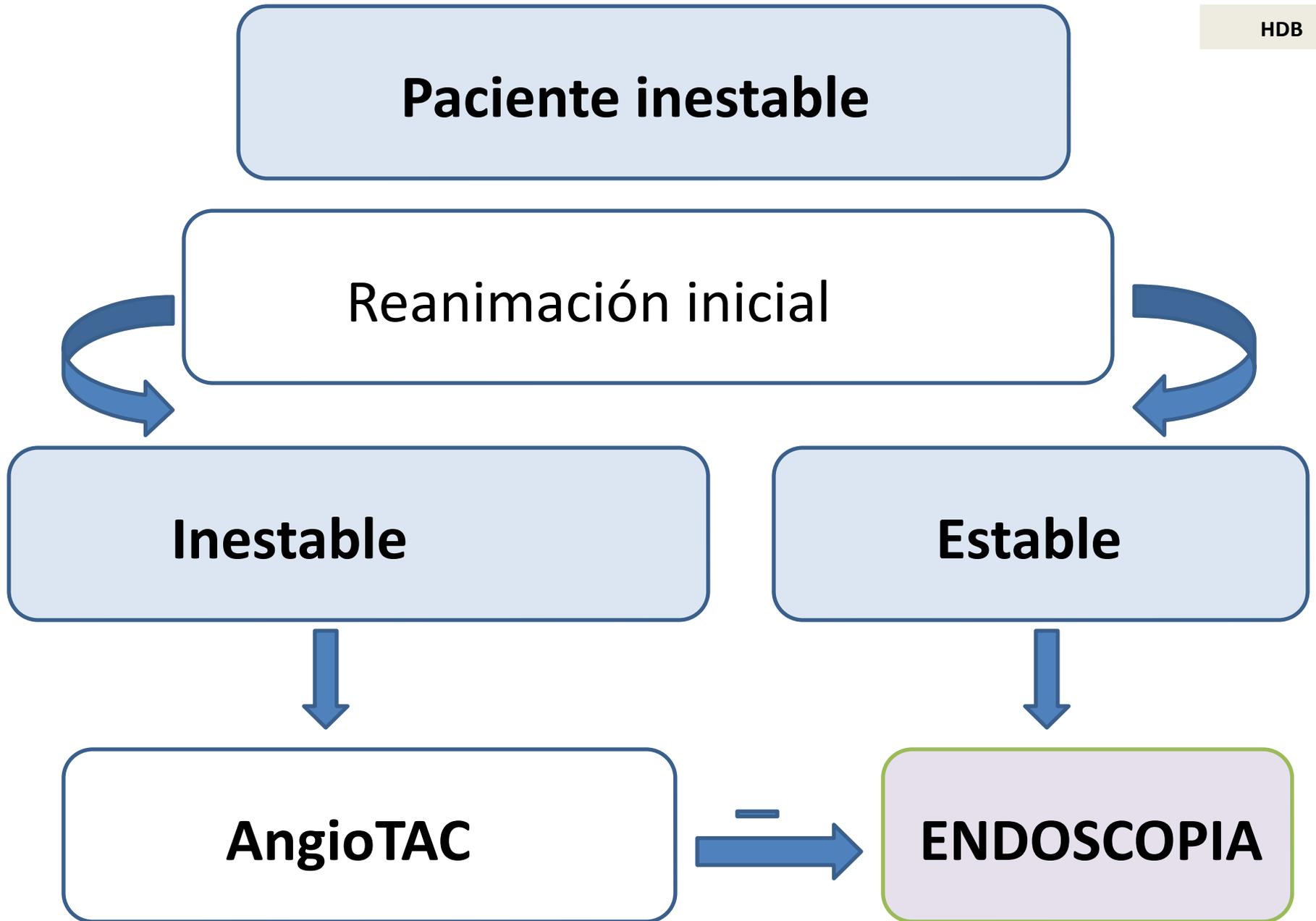
ANGIO-TC con contraste i.v. en fase ARTERIAL:

- Indicación: HDB MASIVA (inestabilidad hemodinámica persistente).
- No precisa de preparación previa ni de contraste oral.
- Realizar en fase de sangrado ACTIVO.



- ANGIO- TC +:
 - Embolización (< 60 minutos).

- No hay estudios.
- Elección del según:
 - Factores individuales del paciente
 - Experiencia local
 - Disponibilidad de recursos



TRATAMIENTO

- A) Medidas generales.
- B) Estabilización hemodinámica.
Reposición de volemia. Monitorización.
- C) Transfusión.
- D) Corregir alteraciones de la coagulación.
- E) Según etiología y punto de sagrado.

TRATAMIENTO

E) Según etiología y punto de sangrado:

– COLONOSCOPIA:

- HDB aguda estable hemodinamicamente.
- Tratamiento de punto sangrante: esclerosante, térmico o mecánico.

– ANGIO-TC:

- Si inestabilidad hemodinámica o colonoscopia no concluyente.

– CIRUGÍA:

- HDB masiva y persistente, si técnicas anteriores no posibles.



ERRORES COMUNES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

- Indicar colonoscopia ante un paciente con HDB sin una preparación anterior.
- La colonoscopia no es la técnica adecuada para explorar en colon ante una HDB masiva → TC multidetector con contraste i.v. en fase arterial
 - Lo antes posible, mientras esta en sangrado activo.

BIBLIOGRAFÍA

A stack of several books with red and white covers is visible in the top right corner of the slide.

- Manual de Urgencias y Emergencias en GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. Asociación Española de Gastroenterología.
- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann RT, Lesur G, de Franchis R, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015 Oct;47(10):a1-46. doi: 10.1055/s-0034-1393172. Epub 2015 Sep 29. PMID: 26417980.
- Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut* 2019;68:776-789.
- Medicina de Urgencias y Emergencias. Luis Jiménez Murillo & Javier Montero Pérez.