



ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA

CLAUDIA PÉREZ URRÁ
S^o APARATO DIGESTIVO

EPIDEMIOLOGÍA



Emergencia médica frecuente



ALTA:

- ✓ Incidencia → 50-150/100.000 habitantes/año.
- ✓ Mortalidad **6-8%**.

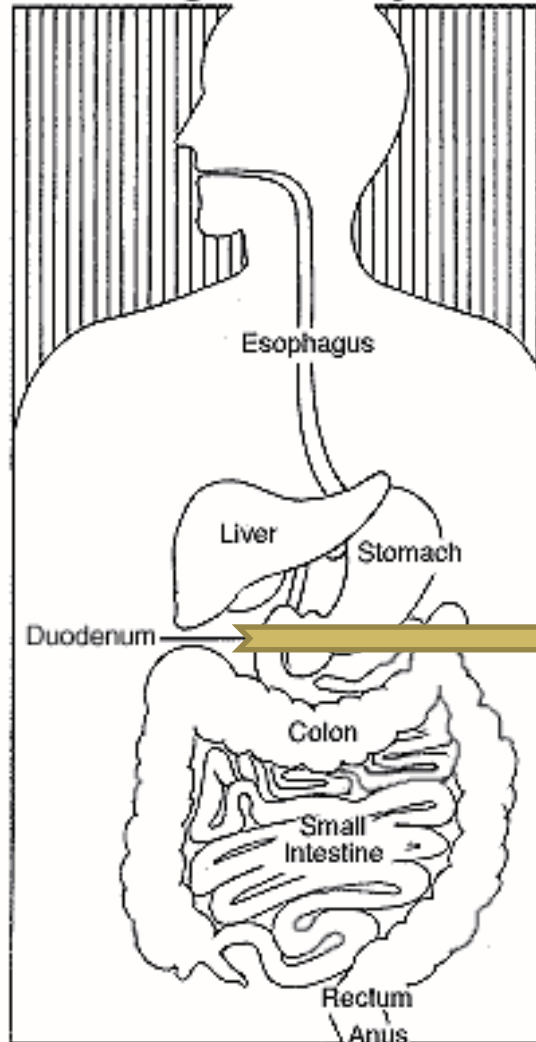
BAJA:

- ✓ Incidencia → 20-35/100.000 habitantes/año.
- ✓ Mortalidad **2-4%**.



CLASIFICACIÓN

The Digestive System



ÁNGULO DE TREITZ

PRESENTACIÓN

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA:

- ✓ Hematemesis.
- ✓ Vómitos en posos de café.
- ✓ Melenas.
- ✓ Hematoquecia/rectorragia (masiva).

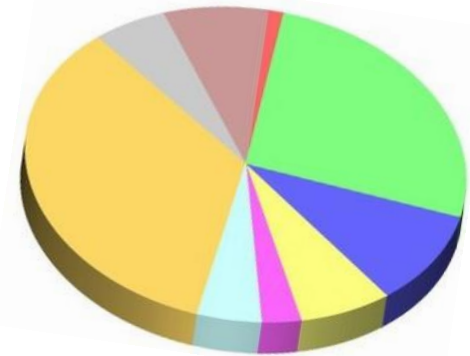
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA:

- ✓ Hematoquecia.
- ✓ Rectorragia.
- ✓ Melenas (intestino delgado/colon derecho).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA





ETIOLOGÍA



<u>Úlcera péptica</u>	31 – 67%
<u>Varices esofagogástricas</u>	4 – 20%
LAMG	7 – 31%
Esofagitis/Duodenitis	3 – 12%
Mallory-Weiss	4 – 8%
Anomalías vasculares	2 – 8%
Neoplasias	2 – 8%

DIAGNÓSTICO



ANAMNESIS	ETIOLOGÍA
 Ingesta de AINEs, AP úlcera	Úlcera péptica
Abuso de alcohol, cirrosis 	Varices esofágicas/gastropatía de la HTP
Vómitos repetidos	Síndrome de Mallory-Weiss
ERGE crónico, pirosis	Esofagitis péptica
Enfermedad renal crónica, cardiopatía	Angiodisplasias
Disfagia, pérdida de peso	Tumor
CPRE reciente	Sangrado post-esfinterotomía

EXPLORACIÓN FÍSICA:

¡tacto rectal!



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

✓ **Pseudomelenas:**

- Fármacos (hierro oral, bismuto...).
- Alimentos.

✓ **Epistaxis/hemoptisis.**

✓ **Vómitos oscuros:**

- Retención/obstrucción intestinal.
- Solicitar rx. abdomen.





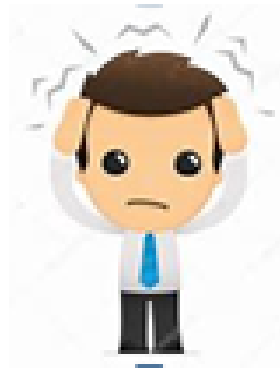
MANEJO GLOBAL

- Confirmación de la hemorragia y valoración de la severidad:
 - Forma de presentación.
 - Constantes vitales y exploración física.
 - Analítica y pruebas cruzadas.



Cociente Urea/Creatinina > 100
Alto VPP

MANEJO GLOBAL



- **Clasificación:**

- Leve: asintomático y constantes normales.
- Moderada: TAS > 100, FC < 100. Discreta vasoconstricción.
- Grave: TAS < 100, FC > 100, Oliguria. Intensa vasoconstricción.
- Masiva: Shock hipovolémico.

¡MONITORIZACIÓN!

MANEJO GLOBAL

Tabla 9-2 Escala de Blatchford

Parámetros	Puntos
A. Urea (mmol/l)	
≥ 25	6
10-25	4
8-10	3
6,5-8	2
< 6,5	0
B. Hemoglobina (mg/l)	
< 10 en varones y mujeres	6
10-12 en varones	3
10-12 en mujeres	1
≥ 12 en varones y mujeres	0
C. Presión arterial sistólica (mmHg)	
< 90	3
90-99	2
100-109	1
≥ 110	0
D. Otros parámetros:	
Insuficiencia cardíaca	2
Insuficiencia hepática	2
Presentación con síncope	2
Presentación con melenas	1
Pulso ≥ 100 lat/min	1

< 1: manejo extrahospitalario.
<6: bajo riesgo.
>6: alto riesgo.

TRATAMIENTO INICIAL

- **Asegurar la vía aérea.**
- **Fluidoterapia:**
 - Dos catéteres venosos periféricos gruesos (14-16G).



→ *Soluciones cristaloides.*



OBJETIVO:

TAS > 100 mmHg
FC < 100 lpm
Diuresis > 30 mL/h



¡UCI!

TRATAMIENTO INICIAL

- **Transfusión de concentrado de hematíes:**



- Estrategia restrictiva (Hb <7 g/dL).
* *cardiópatas* Hb <8 g/dL.



- **Dieta absoluta.**

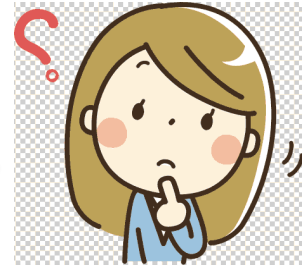
- **Antieméticos.**

- **Sonda nasogástrica?**

-  → confirma.
-  → no descarta.

No se recomienda de rutina.

TRATAMIENTO INICIAL



- **Suspender medicación antiagregante y anticoagulante.**
 - Doble antiagregación: mantener AAS.

CORRECCIÓN INR:

- ✓ Estabilidad hemodinámica: *10 mg vitamina K.*
- ✓ Inestabilidad hemodinámica: *10 mg vitamina K + complejo protrombínico/transfusión de plasma.*
- ✓ Nuevos ACOs: *antídoto ± transfusión de plasma.*

- **Ácido tranexámico:**

No se recomienda su uso.

Ia	Hemorragia a chorro (90%)	Alto riesgo de resangrado INGRESO
Ib	Hemorragia en babeo (60-80%)	
IIa	Vaso visible (50%)	
IIb	Coágulo adherido (25-30%)	
IIc	Base de hematina (7-10%)	Bajo riesgo de resangrado ALTA IBP/24H
III	Base de fibrina (3-5%)	



Forrest Ia
Arterial spurting



Forrest Ib
Oozing from ulcer base



Forrest IIa
Visible vessel



Forrest IIb
Adherent clot



Forrest IIc
Black spots



Forrest III
Clean ulcer base

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- **Varicosa:**
 - Terlipresina: único que ha demostrado disminución de la mortalidad.
 - *Dosis: 2 mg iv/ 4 horas (primeras 48 horas); 1 mg iv/ 4 horas (siguientes 72 horas).*
 - *Contraindicado: cardiopatía y vasculopatía isquémica.*
 - Somatostatina:
 - *Dosis: bolo inicial de 250 mcg iv; perfusión continua de 6 mg iv / 24 horas durante 5 días.*

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- **Varicosa:**

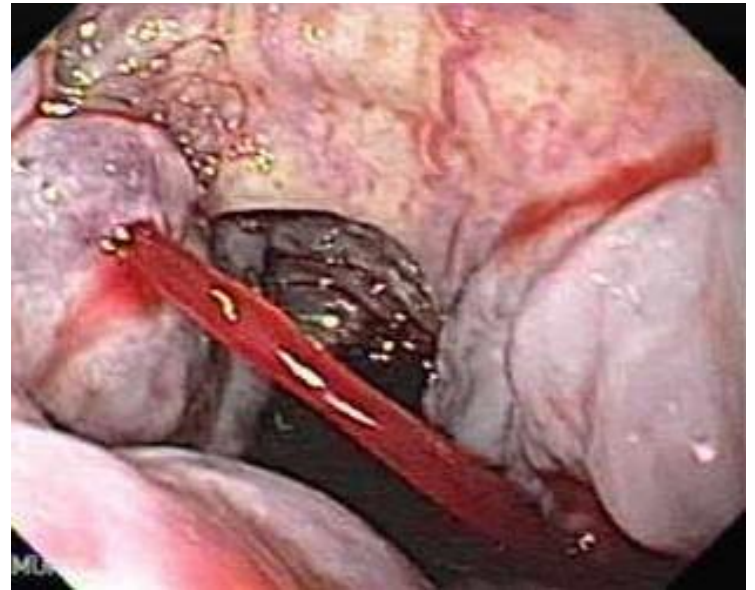
- Profilaxis encefalopatía hepática:

- *Lactulosa/lactitol vo/SNG/enemas para 2-3 deposiciones diarias.*

- Profilaxis PBE:

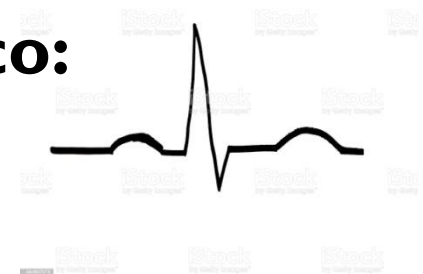
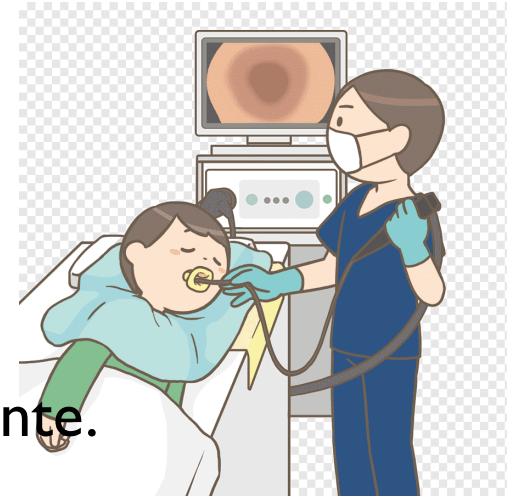
- *Ceftriaxona 1 g iv/24 h, durante 5 días.*
- *Norfloxacin 400 mg vo/12 h, durante 5 días.*





TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

- **Endoscopia temprana (<24 h).**
 - De elección.
- **Endoscopia urgente (<12 h).**
 - Sospecha de etiología varicosa.
 - Inestabilidad hemodinámica persistente.
 - Hematemesis activa.
 - Síncope.
- **Endoscopia emergente (<6 h).**
 - Aumenta riesgo de complicaciones.
 - Mayor probabilidad de necesidad de segunda endoscopia.
- **Tratamiento pre-endoscópico:**
 - Eritromicina 250 mg IV bolo único.



IDEAS CLAVE



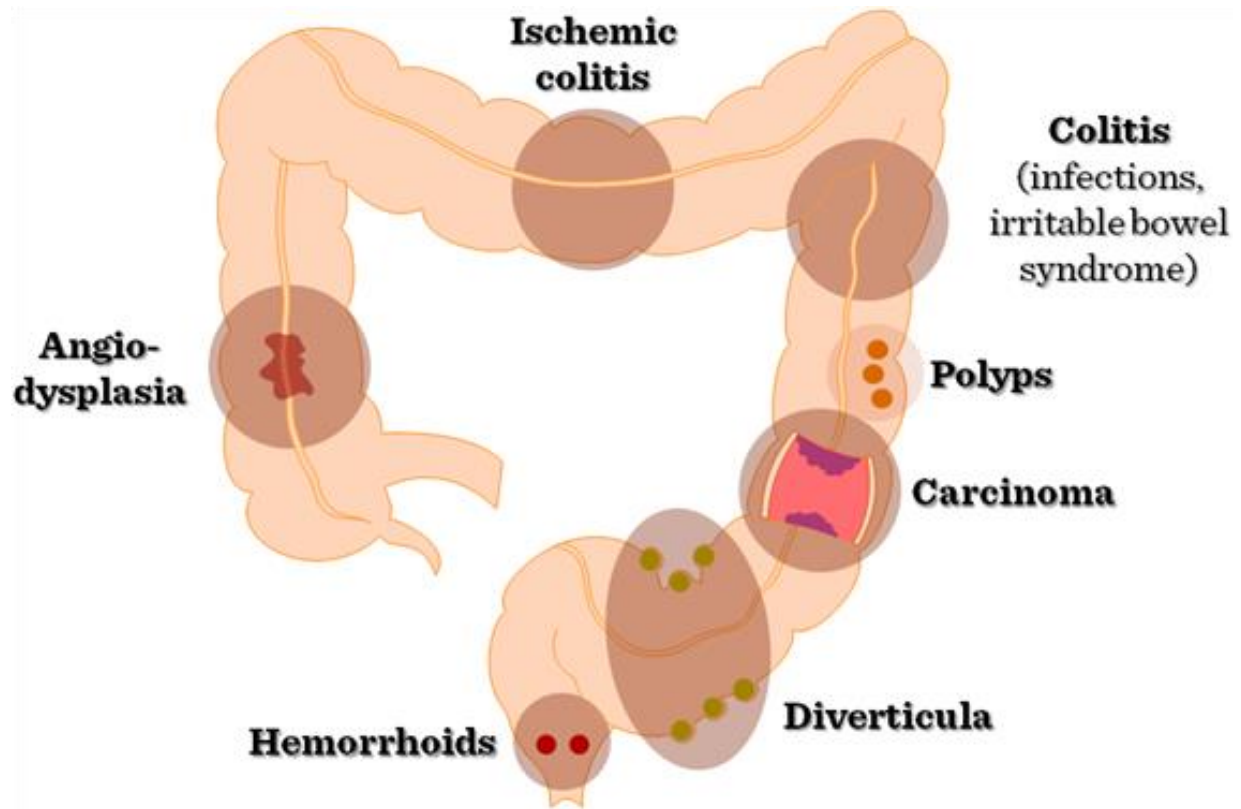
- Confirmación de la hemorragia → **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**
- Valoración de la severidad → **ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA.**
- No toda hemorragia requiere **INGRESO.**
- Muy importante el **TRATAMIENTO MÉDICO.**
- La endoscopia por sí sola **NO SALVA VIDAS** → **INDICACIONES URGENTES.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA



ETIOLOGÍA

Más frecuentes →
Fisura anal, hemorroides.



DIAGNÓSTICO



ANAMNESIS	ETIOLOGÍA
Sangre roja fresca	Hemorroides, fisura anal
Sangre roja con coágulos	Divertículos de colon
Dolor abdominal, factores de riesgo	Colitis isquémica
Sospecha de GEA	Colitis infecciosa
Diarrea de larga evolución, tenesmo	Enfermedad inflamatoria intestinal
Sdme. constitucional, estreñimiento	Tumor
Polipectomía reciente	Sangrado post-polipectomía

**¿COLONOSCOPIA
PREVIA?**



MANEJO GLOBAL

- Confirmación de la hemorragia y valoración de la severidad:
 - Forma de presentación.
 - Constantes vitales y exploración física.
 - Analítica y pruebas cruzadas.



MANEJO GLOBAL

ESCALA DE HDB GRAVE DE STRATE

FC \geq 100 lpm

TAS \leq 110 mmHg

Síncope

Abdomen no doloroso

Sangrado en las primeras 4 horas

Tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes

Presencia de 2 o más comorbilidades

<1: manejo extrahospitalario.

1-3: moderado riesgo.

>4: alto riesgo.

MANEJO GLOBAL

SCORE DE OAKLAND

Edad
Sexo
AP de HDB
Tacto rectal
Frecuencia
cardiaca
Tensión arterial
Hemoglobina

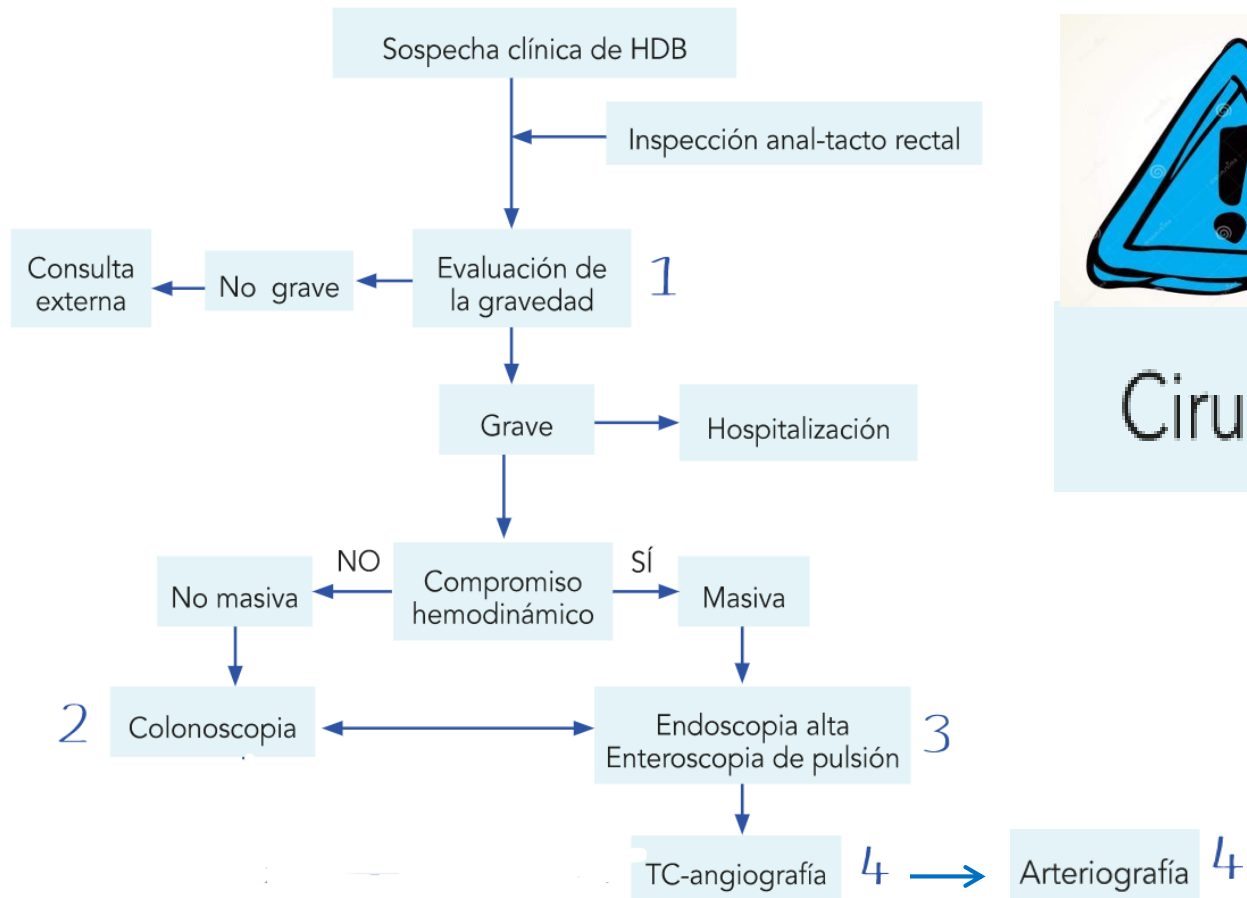
Oakland Score & Probability of safe discharge

Score	Probability of safe discharge	Score	Probability of safe discharge
0 - 2	99%	12 - 13	87 - 89%
3 - 4	98%	14 - 15	77 - 81%
5	97%	16 - 17	67 - 72%
6 - 7	96%	18 - 20	50 - 62%
8	95%	21 - 23	33 - 45%
9	93%	24 - 26	20 - 28%
10	91%	27 - 29	11 - 16%
11	89%	≥30	0 - 1%

≤8: manejo
extrahospitalario.

TRATAMIENTO

- **Estabilización hemodinámica.**
 - Misma actuación que en HDA.



COLONOSCOPIA

- **Endoscopia electiva (24-48 horas):**
 - De elección.
- **Endoscopia precoz (12-24 horas):**
 - Casos graves con inestabilidad HD.
- **Endoscopia urgente (<12 horas):**
 - Hemorragia post-polipectomía.

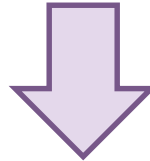
PREPARACIÓN COLÓNICA:

Solución de PEG

OTROS TRATAMIENTOS

- **Angio-TAC:**

- Si inestabilidad hemodinámica persistente y paciente incapaz de tolerar la preparación endoscópica.
- Idealmente en las 4 horas tras exteriorización.



**Arteriografía +
embolización**

- **Cirugía.**

IDEAS CLAVE

- Valoración de la severidad → **ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA..**
- No toda hemorragia requiere **INGRESO.**
- Compromiso hemodinámico persistente → **DESCARTAR HDA MASIVA.**
- Preparación colónica → **SEGURA Y NECESARIA.**
- Colonoscopia urgente (<12horas) → **HDB POST-POLIPECTOMÍA.**

Muchas gracias



