

HEMORRAGIA DIGESTIVA**Dra. Amparo Ruiz Carbonell**

Médica adjunta del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Se considera hemorragia digestiva a la pérdida de sangre por el tubo digestivo. También puede proceder de estructuras adyacentes al tubo digestivo que vierten su contenido hemático (p.ej.: una fístula aorto-digestiva por aneurisma disecante de aorta).

CLINICA

Las formas de presentación de la hemorragia digestiva son:

- **Melenas:** heces negras, pegajosas, malolientes “como alquitrán”. Resultantes de la degradación de los productos hemáticos por el CIH y las bacterias intestinales que aparecen cuando el volumen es superior a 100 ml y permanece más de 8h en el tubo digestivo. Sugieren HDA.
- **Hematemesis:** vómito de sangre roja fresca, marrón ó negra como “posos de café” por el contacto con el CIH gástrico. Sugieren HDA pero hay que descartar que sea sangre deglutida del área ORL o hemoptisis.
- **Hematoquecia:** emisión de sangre roja por el recto, sola o mezclada con la deposición. Cuando el origen de la hemorragia es en el recto se llama rectorragia. El 5% de las hematoquecias corresponden a una HDA masiva en la que las pérdidas pueden superar más de un litro de sangre en menos de una hora si el tránsito es muy rápido.
- **Síntomas y signos de hipovolemia o anemia sin datos externos de hemorragia.**

CLASIFICACION

Según el punto de origen del sangrado se pueden clasificar en:

- **Hemorragia digestiva alta (HDA):** se produce desde el esófago hasta el ángulo de Treitz. Se manifiesta con hematemesis y/o melenas, hematoquecia (en sangrados cuantiosos si el tránsito es rápido). Puede haber palidez, hipotensión e incluso shock.
- **Hemorragia digestiva baja (HDB):** producida por debajo del ángulo de Treitz. Se manifiesta con rectorragias, hematoquecia o melenas (si el tránsito es lento). Los síntomas acompañantes son muy importantes, así como la edad:
 - **Lactantes y niños:**
 - Divertículo Meckel, duplicación intestinal, colitis ulcerosa, pólipos de colon y recto, invaginación intestinal.
 - **Adolescentes:**
 - Divertículo Meckel, pólipos, EII (Enfermedad inflamatoria intestinal).
 - **Adultos < 60 años:**
 - Hemorroides, fisuras: emisión de poca sangre fresca mezclada con heces.
 - Neoplasia: tenesmo rectal, cambio ritmo intestinal.
 - Colitis infecciosa/inflamatoria: heces diarreicas con sangre, moco, pus y fiebre.
 - **Pacientes > 60años:**
 - Angiodisplasia, divesticulosis: sin cambio ritmo intestinal ni pérdida peso.
 - Isquemia intestinal: dolor abdominal muy intenso, diarrea sanguinolenta.
 - Neoplasias.

ETIOLOGÍA**CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Úlcus péptico (55%) (Duodenal/Gástrico)	AINES, <i>Helicobacter Pylori</i> , <i>Cytomegalovirus</i> (CMV), Estrés, <i>Virus herpes simple</i> (VHS), Síndrome Zollinger Ellison.
Esofagitis	Péptica, <i>Cándida Albicans</i> , CMV, VHS, AINES, tetraciclinas, quinidina, alendronato, cloruro potásico.
Lesiones por HTP (25-35%)	Varices esofágicas/gástricas/duodenales, gastropatía hipertensiva, varices ectópicas.
Lesiones erosivas	Hernia hiatal, esofagitis péptica (4%), gastritis erosiva hemorrágica.
Síndrome Mallory-Weiss (5%)	
Hemobilia	Fístula bilio-entérica por traumatismo, hemosuccus pancreático, biopsia hepática, neoplasia, litiasis.
Fístula aorto-entérica	Portadores de prótesis aórtica, aneurisma aórtico, cuerpo extraño esofágico, tumores.
Alteraciones vasculares (6%)	Sind. Rendu-Osler, pseudoxantoma elástico, Sind. Schönlein-Henoch, lesión de Dieulafoy, angiodisplasia gástrica, tumores vasculares, malformaciones arterio-venosas, angiomas idiopáticos.
Neoplasias	Carcinoma, linfoma, leiomioma, leiomiomasarcoma, carcinoide, pólipos, tumores metastásicos, melanoma.

CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Hemorragia digestiva alta	Un 15% se manifiesta como rectorragia.
Hemorragia origen anal/rectal	Fisura anal, hemorroides, úlceras anorrectales.
Hemorragia origen colónico	Divertículos (33%), angiodisplasias, neoplasias, isquemia, EII, colitis actínica, colitis por AINES, colitis infecciosas (<i>ameba</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Shigella</i> , pseudomembranosa...), varices colon, Dieulafoy, post-biopsia ó polipectomía.
Hemorragia intestinal (yenuño-íleon)	Angiodisplasias, neoplasias, isquemia, EII, divertículos (yeyunales, Meckel), fístula aortomesentérica, varices intestinales, Dieulafoy.

ANAMNESIS**A) ANTECEDENTES PERSONALES:**

- **Historia de dispepsia, úlcera, HDA previa.**
- **Historia de hemorroides, EII, HDB.**
- **Hepatopatía/cirrosis:**
 - Existencia de varices esofágicas (Escleroterapia).
 - Episodios de encefalopatía hepática / descompensación hidrópica (ascitis).
 - Peritonitis bacteriana espontánea.
- **Hábitos tóxicos** (etilismo, tabaquismo).
- **Coagulopatías.**
- **Historia de Insuficiencia renal crónica** (mayor incidencia de duodenitis, gastritis erosiva y angiodisplasia).
- **Intervenciones quirúrgicas:**
 - Úlcus.
 - Antecedentes de aneurismas de aorta abdominal intervenido en los últimos 5 años (casos de fístulas aorto-entéricas por infección de injerto).
 - Manipulaciones del árbol biliar: **hemobilia** en pacientes a quien se les haya hecho un catéter percutáneo recientemente.

B) TRATAMIENTO ACTUAL:

- Uso reciente/habitual **AINES, corticoides, antiagregantes, anticoagulantes.**
- Uso de **protector gástrico.**
- **β-bloqueantes** (prevención sangrado por varices).
- **Hierro, bismuto,** resto de medicación crónica.

C) ENFERMEDAD ACTUAL:

- Ingesta enólica.
- Ingesta de alimentos como: regaliz, espinacas, tinta de calamar, sangre cocinada...
- Situación relacionada con úlcus estrés: quemaduras, sepsis, insuficiencia hepática, traumatismo craneoencefálico (TCE), Insuficiencia renal aguda (IRA)...
- Características del sangrado.
- Síntomas acompañantes: dolor abdominal, náuseas, vómitos, pirosis, tos, fiebre.
- Cambio hábito intestinal.
- Síntomas de síndrome constitucional.
- Síntomas hipovolemia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **TA, FC, Tª, FR**
- **Inspección:**
 - Signos de deshidratación, frialdad, palidez mucocutánea e hipoperfusión periférica (repercusión hemodinámica).
 - Estigmas de cirrosis: arañas vasculares, circulación venosa colateral abdominal, eritema palmar, ginecomastia.
 - Alteraciones vasculares: angiomas (Rendu-Osler), manchas melánicas cutáneomucosas peribucales (Sind Peutz-Jeghers).
 - Hiperlaxitud cutánea: Ehlers-Danlos.
- **Exploración abdominal:**
 - Puntos dolorosos (epigastrio).
 - Descartar presencia de masas (hepatomegalia).
 - ¿Ascitis? Signo oleada.
- **Tacto rectal y exploración región perianal** siempre (Se valora la existencia de melenas, hemorroides, fisuras, masas, hematoquecia).

La determinación mediante tiras reactivas y la reacción de heces con agua oxigenada son pruebas totalmente inespecíficas para el diagnóstico de HDA, puesto que están falseadas por el contenido proteico de la dieta habitual.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma** (↓Hb ↓Hto, anemia normo normo en HDA/HDB aguda. Anemia microcítica hipocroma en HDB crónica. ↓Plaquetas si hepatopatía).
- **Hemostasia** (descarta coagulopatía, hepatopatía avanzada).
- **Grupo sanguíneo.**
- **Bioquímica** con Glu, Na, K, Urea (> 2-3 veces en HDA), Creatinina. (Urea /creatinina > 100 en HDA, normal en HDB).
- **Gasometría Venosa (pH):** En casos de shock o hemorragia grave.
- **ECG** (descartamos complicaciones del sangrado).
- **Rx tórax y abdomen** (descartar perforación: neumoperitoneo).
- **Ecografía abdomen** (en HDB).
- **Endoscopia digestiva** (en HDA realizar las primeras 24h. Es diagnóstica y terapéutica).
- **Arteriografía:** en HDA si la endoscopia no es diagnóstica. En HDA y HDB puede localizar el lugar de la hemorragia si existen varices, malformaciones, fístulas aorto-entéricas, angiodisplasias o aneurismas.
- **Anuscopya-proctosigmoidoscopia** si se sospecha patología anorrectal (HDB).
- **Colonoscopia** (en HDB).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Epistaxis; Hemoptisis.**
 - La urea puede aumentar.
 - Inspeccionar bien área ORL, vías respiratorias.
 - La emisión de sangre suele ser precedida por tos (no náuseas ni vómitos).
- **Pseudohematemesis.**
 - Colas, café, cerezas...
 - Isquemia mesentérica; Obstrucción intestinal.
- **Pseudomelenas.**
 - Sangre cocinada, espinacas, tinta de calamares, regaliz, remolacha...
 - Medicamentos: hierro, bismuto.

PROFILAXIS DE GASTROPATIA POR AINES (Omeprazol 20 mg vo/24horas)

- Edad > 60 años.
- Hª previa de enfermedad ulcerosa o de sangrado digestivo.
- Tratamiento concomitante con esteroides.
- Tratamiento concomitante con anticoagulantes dicumarínicos.
- Uso de dosis altas de AINEs o en combinación.
- Enfermedad grave concomitante.

GASTROPROTECCION EN URGENCIAS

INHIBIDORES BOMBA PROTONES (URGENCIAS)	
OMEPRAZOL	PANTOPRAZOL
80 mg (2 amp) en 200 ml SF a pasar en 30 min.	80 mg (2 amp) en bolo iv
INGRESO HOSPITALARIO	
80 mg (2 amp) en 200 SF cada 12 h (máx 5 días). Seguir a 40 mg en 50 SF / 24h en 20 min iv.	Perfusión 5 amp (200mg) en 500 SF a 21 ml/h (8mg/h) Seguir a 40 mg en 100 SF / 12 h en 15 min.

VALORACIÓN DEL ESTADO HEMODINÁMICO

GRAVEDAD	DATOS CLINICOS	DISMINUCION DE LA VOLEMIA
Leve	Asintomático	10 % (500 ml)
Moderada	TAS > 100, FC < 100 Vasoconstricción periférica leve	10-20% (500-1.000 ml)
Grave	TAS < 100, FC > 100-120 Vasoconstricción periférica evidente	20-35% (1.000-1.750 ml)
Masiva	TAS < 60, FC > 120 Shock	>35% (>1.750 ml)

VALORACION ENDOSCOPIA

- **Indicaciones:**
 - Sangrado activo en SNG
 - Hematemesis
 - Sospecha de sangrado por varices esofágicas
 - Toda hemorragia severa
- **Contraindicaciones:**
 - Absolutas:
 - Shock no compensado
 - Perforación gastrointestinal
 - Subluxación atloaxoidea
 - Aneurisma disecante de aorta
 - Relativas:
 - Divertículo de Zencker
 - Deterioro grave del nivel de conciencia
 - Insuficiencia cardio-respiratoria grave
 - Cirugía toraco-abdominal reciente
 - Cirugía de región cervical
 - Negativa del paciente
 - IMA la última semana

INDICACION DE TRANSFUSION SANGUINEA

CONCENTRADOS HEMATÍES (CH)	PLASMA FRESCO (2U)	PLAQUETAS (1U)
Si Hto <25% ó Hb < 8.5 Inestabilidad hemodinámica. Comorbilidad si Hb < 10g/dl.*	Si coagulopatía conocida. Anticoagulados con INR>3 Transfusiones masivas >8 CH	Trombopenia (<30.000 plq). I.Quick<50% a los que hayan transfundido > 4 CH Transfusiones masivas >8 CH para mantener 70.000 plq.
¿CUANTAS UNIDADES? 10 – Hto/ 3		

(*) Enfermedades concomitantes que toleren mal las pérdidas sanguíneas (EPOC, cardiopatía isquémica...)

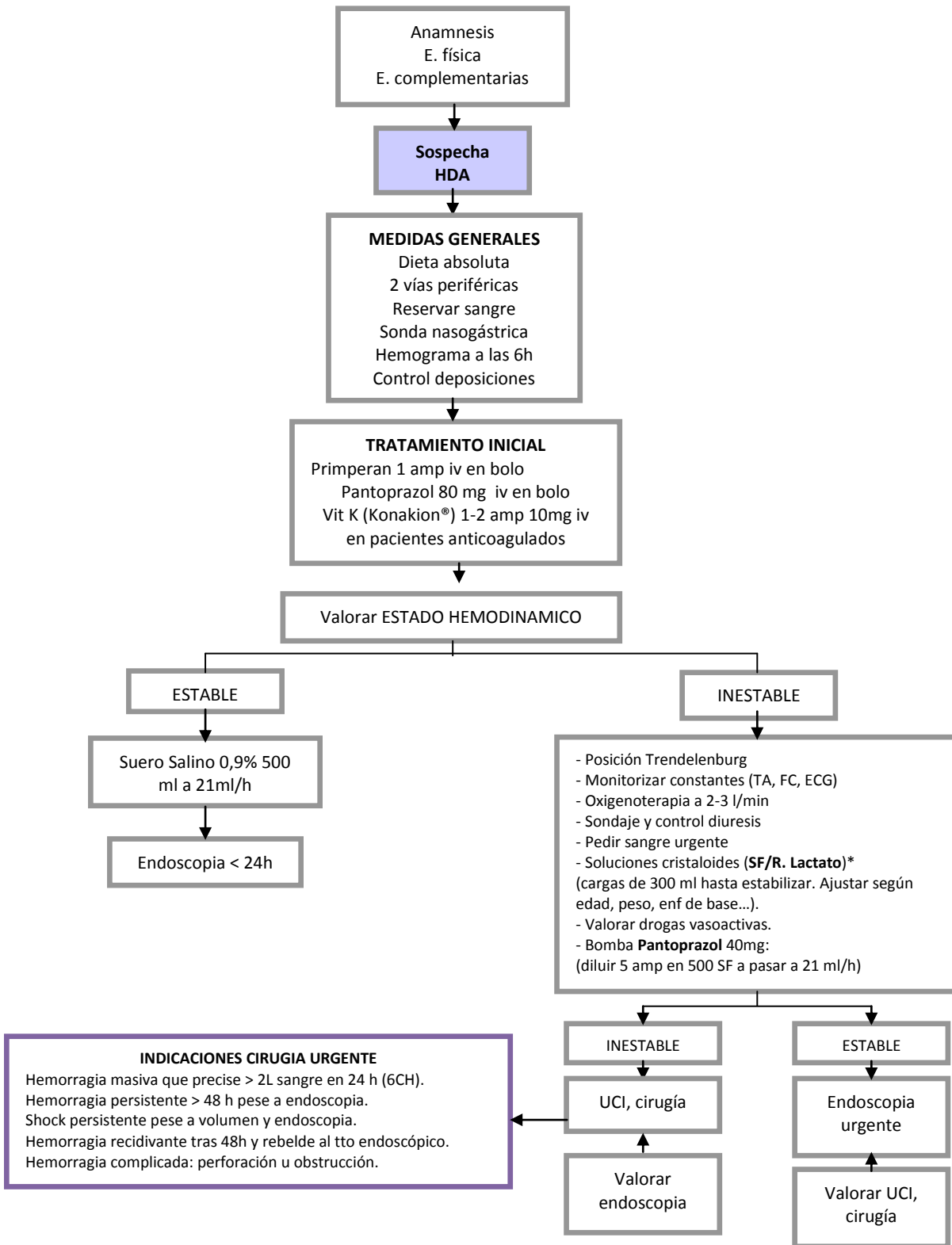
CRITERIOS DE INGRESO

	INGRESO HOSPITALARIO	OBSERVACION URGENCIAS
HDA	- HDA comprobada + repercusión hemodinámica. - HDA comprobada con hepatopatía. - HDA comprobada + hematemesis - HDA leve con factores de resangrado	- HDA comprobada sin repercusión hemodinámica ni varices ni factores de resangrado. - HDA comprobada sin posibilidad de tratamiento. - Sospecha de HDA.
HDB	- Diagnóstico que requiere ingreso. - Hemorragia grave o moderada. - Mala evolución.	- Inestabilidad hemodinámica.

TRATAMIENTO

Ver algoritmos HDA y HDB.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



(*) No usar soluciones coloides de macromoléculas artificiales hemoce, rheomacrodex (favorecen el edema intersticial e interfieren en las pruebas de tipificación sanguínea).

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

