

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dra Rosa M^a Valero Cumplido

Médico 112 Badajoz

04/12/13

**Unidad de Emergencias
de Badajoz**

Sesiones Clínicas



CONCEPTOS

- * Hemorragia digestiva.- Emisión de sangre por el tubo digestivo.
- * Hemorragia digestiva alta (HDA).- Sangrado proximal al ángulo de Treitz (unión del duodeno con el yeyuno). Representan el 90% de las HD.
- * Hemorragia digestiva baja (HDB).- Sangrado distal al ángulo de Treitz. Menor incidencia y menor trascendencia que la HDA.

CONCEPTOS

- * Hematemesis.- Emisión de sangre roja por la boca procedente del tubo digestivo.
- * Vómitos en posos de café.- Emisión por la boca de sangre negra parcialmente digerida.
- * Melenas.- Emisión por el ano de heces negras, pegajosas y malolientes (sangre alterada por la digestión). La sangre debe permanecer al menos 8 h. en el tubo digestivo.
- * Hematoquecia.- Emisión de sangre roja por el ano, sola o acompañada de heces.
- * Rectorragia.- Emisión franca de sangre roja por el ano.

EPIDEMIOLOGÍA

HDA

- * Suman el 90% de las HD
- * Alta prevalencia en Occidente
- * Más frecuente en varones con proporción 2:1
- * Más del 50% de los casos en mayores de 60 años
- * Mortalidad en torno al 5%

HDB

- * 10% de las HD
- * Más frecuente en pacientes de edad avanzada
- * En el 80% de los casos cede espontáneamente
- * Presentación y evolución clínica menos severa que la HDA

HEMORRAGIA DIGESTIVA

ALTA

HDA



HDA: ETIOLOGÍA

❓ HDA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL.- Mayor severidad y peor pronóstico. Las principales lesiones sangrantes son:

- Varices esofagogástricas:
 - ✓ Aparecen en el 50% de los cirróticos.
 - ✓ El 30% sangra en los dos primeros años tras el diagnóstico.
 - ✓ Tras primer episodio, riesgo de resangrado del 70% a dos años.
- Gastropatía de la HTP.- Suele originar sangrado crónico y oculto, aunque puede presentarse como proceso agudo.
- Varices ectópicas.- A nivel de intestino delgado y grueso.

HDA: ETIOLOGÍA



HDA NO SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL.- Las principales causas de este tipo de hemorragias son:

- Úlcera péptica:
 - ✓ La más frecuente. Causa el 50% de todas las HDA.
 - ✓ Sangra con mayor frecuencia la úlcera duodenal que la gástrica.
 - ✓ Factores etiológicos del sangrado del ulcus son el HP y sobre todo la ingesta de AINES (dosis/dependiente).
- Síndrome de Mallory-Weiss:
 - ✓ Representa entre un 5 y un 15% de los casos de HDA.
 - ✓ Característica la historia de náuseas y vómitos que preceden al sangrado en paciente alcohólico.
 - ✓ El sangrado suele ser autolimitado y es raro el resangrado.
- Hernia de hiato.- Puede originar sangrado crónico por lesiones erosivas lineales.
- Esofagitis.- Causa el 2% de las HDA, sangrando solo las muy avanzadas (Esofagitis grado IV).
- Gastropatía erosiva y hemorrágica.- Hemorragias subepiteliales y erosiones que se originan por ingesta de AINES, alcohol y stress. Sangrado escaso.
- Duodenitis.- Muy infrecuente.
- Hemobilia.- Secundaria a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc.
- Fístulas aorto-entéricas:
 - ✓ Suelen ser originadas a partir de un aneurisma aórtico.
 - ✓ En el 75% de los casos comunican con el duodeno.
 - ✓ Es típica la hemorragia heráldica.

HDA: ETIOLOGÍA

- Neoplasias.- Entre otros destacan carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiosarcomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Más propensos a producir sangrados crónicos ocultos que grandes hemorragias.
- ALTERACIONES VASCULARES:
 - ✓ Lesión de Dieulafoy.- Arteria anormalmente grande que erosiona la mucosa rompiéndose hacia la luz, originando hemorragias masivas o recurrentes difíciles de identificar.
 - ✓ Ectasias vasculares.- A destacar el “estómago en sandía”, consistente en ectasias vasculares gástricas localizadas a nivel antral que forman trazos lineales. Aparece fundamentalmente en mujeres mayores, a veces en el contexto de una cirrosis, aunque no es indispensable.
 - ✓ Angiodisplasias o telangiectasias.- Vasos dilatados en mucosa y submucosa, generalmente múltiples y localizados en colon derecho. Producen un sangrado crónico en el paciente anciano.
 - ✓ Enfermedad de Rendu-Osler-Weber.- Telangiectasia hemorrágica hereditaria con malformaciones vasculares en tubo digestivo, cerebro, pulmones, piel y nariz. La principal manifestación de sangrado es la epistaxis.
 - ✓ Malformaciones arterio-venosas.- Estructuras vasculares dilatadas de pared fina, probablemente congénitas y raras en el tubo digestivo.

HDA: MANEJO

LA HDA DEBE SER CONFIRMADA POR PERSONAL ENTRENADO

El manejo inicial comprende cinco etapas secuenciales:

- ❑ Recepción. Evaluación hemodinámica.
- ❑ Resucitación.
- ❑ Confirmación de la hemorragia. Categorización inicial.
- ❑ Historia clínica, exploración, valoración del riesgo y pruebas complementarias.
- ❑ Tratamiento empírico.



RECEPCIÓN. EVALUACIÓN HEMODINÁMICA

- ✦ Hay que evaluar la intensidad del sangrado mediante breve anamnesis y exploración física: perfusión periférica y test de ortostatismo si no está contraindicado.
- ✦ Canalizar dos vías periféricas de grueso calibre y tomar TA y FC: tomar muestra para hemograma completo, coagulación, bioquímica básica y pruebas cruzadas.
- ✦ Con estos datos clasificamos la gravedad de la hemorragia en base a su repercusión hemodinámica según la siguiente tabla:

<u>Gravedad</u>	<u>TAS</u>	<u>FC</u>	<u>Perfusión periférica</u>	<u>Ortostatismo</u>	<u>Pérdida de volemia</u>
<u>Leve</u>	>100	<100	Normal	Negativo	<500 c.c. (10%)
<u>Moderada</u>	>100	>100	Mal relleno del lecho ungueal, palidez	Variable	500-1250 c.c. (10-25%)
<u>Grave</u>	>70 y <100	>100 y <120	Frialdad, palidez, sudoración.	Siempre (+)	1250-1750 c.c. (25-35%)
<u>Masiva</u>	<70	<120	Angina, confusión	Contraindicado	>1750 c.c. (>35%)



RESUCITACIÓN

OBJETIVO: TAS > 100 mmHg, FC < 100 lpm y diuresis de 30-50 c.c./hora.

- ✧ Si no fuera posible canalizar dos vías gruesas, canalizar una en brazo derecho, ya que el paciente será puesto en decúbito lateral izquierdo para la posterior endoscopia.
- ✧ La vía central retrasa la perfusión. Usarla solo en caso de cardiopatía, nefropatía o shock hipovolémico que precise control de la PVC.
- ✧ Reponer volumen con cristaloides (SSF) a razón de la mitad del déficit estimado en 15-30 minutos reevaluando frecuentemente.
- ✧ En caso de pérdida masiva utilizar coloides (Voluven 6%) hasta estabilización hemodinámica que se consigue si mantenemos objetivos durante 30 minutos sin aportación de más líquidos; de ahí en adelante cualquier inestabilidad se considera recidiva precoz.
- ✧ Reposición con sangre completa grupo O en caso de hipoperfusión de órganos vitales (corazón, cerebro) o hemorragia exanguinante.



CONFIRMACIÓN DE LA HEMORRAGIA

- ❖ Todo paciente con síntomas compatibles con HDA ha de considerarse como potencialmente letal.
- ❖ La HDA debe confirmarse siempre por personal entrenado, independientemente de lo que diga el paciente y/o sus familiares.
- ❖ **TACTO RECTAL**.- Esencial en el diagnóstico de HDA. Si es negativo podemos utilizar la SNG.
- ❖ **SONDA NASOGÁSTRICA**.- Es opcional. Se introduce la SNG, se comprueba su colocación y se procede a realizar lavados suaves y con suero a temperatura ambiente. La ausencia de sangre en el líquido de lavado no descarta la HDA, así como su mera presencia no indica actividad hemorrágica. En caso de duda deben prevalecer los criterios hemodinámicos.

? HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

A. HISTORIA CLÍNICA.- Valoraremos:

- a) Enfermedad actual: Forma de presentación, tiempo transcurrido desde el inicio, presencia o ausencia de cortejo vegetativo.
- b) Medicación: Ingesta previa de AINES, anticoagulantes orales, antiagregantes plaquetarios, antidepresivos (IRSs), calcioantagonistas.
- c) Hábitos tóxicos: Enolismo, tabaquismo, ADVP.
- d) Enfermedades asociadas relevantes: Cardiopatía isquémica, HTA, diabetes, IC, IRC, EPOC, hepatopatía, neoplasias, inmunodeficiencias, intervenciones quirúrgicas relacionadas.

? HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

B. EXPLORACIÓN.- Valoraremos:

- a) Nivel de conciencia.
- b) Perfusión periférica: Relleno ungueal, sudoración, palidez, frialdad...
- c) Estigmas de hepatopatía crónica: Telangiectasias, arañas vasculares, eritrosis palmar...
- d) Exploración abdominal: Buscar la presencia de masas, visceromegalias, peritonismo, ascitis, ruidos hidroaéreos aumentados.
- e) Tacto rectal: Si no se obtiene una muestra de heces representativa, administrar enema de limpieza.

? HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

C. RIESGO PREENDOSCÓPICO.- El **índice pronóstico de Rockall** predice la mortalidad y el riesgo de resangrado. Se calcula antes y después de la endoscopia.

Variable		Puntuación
Valoración inicial	Edad (años)	
	<60	0
	60-79	1
	>80	2
	Estado circulatorio	
	Sin shock (PAS>100; FC<100)	0
	Taquicardia (PAS>100; FC>100)	1
	Hipotensión (PAS<100)	2
	Enfermedades asociadas	
Ninguna enfermedad	0	
Cardiopatía isquémica, ICC	2	
IRC, cirrosis, neoplasia	3	
Valoración final (Tras endoscopia)	Diagnóstico	
	Sin lesión, sin signos HR, SMW	0
	Todos los demás diagnósticos	1
	Neoplasia EGD	2
	Signos de hemorragia reciente	
	Sin estigmas, hematina	0
Sangre fresca en estómago, VNS, hemorragia activa, coágulo	2	

	Inicial	Final	
	Puntos	Mortalidad	Resangrado Mortalidad
Riesgo bajo	0	0,2%	4,9% 0%
	1	2,4%	3,4% 0%
	2	5,6%	5,3% 0,2%
Riesgo medio	3	11%	11,2% 2,9%
	4	24,6%	14,1% 5,3%
Riesgo alto	5	39,6%	24,1% 10,8%
	6	48,9%	32,9% 17,3%
	7	50%	43,8% 27%
	8+		48,1% 41,1%

? HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1) LABORATORIO:

a) Hemograma:

- ✓ Primeras horas tras HDA sin alteraciones.
- ✓ Entre la 2ª y 6ª horas se inicia la hemodilución, que llega hasta las 72h. Caídas de Hb inferiores a 2 gr. en este periodo no son indicativas de recidiva o persistencia.
- ✓ Solicitar controles evolutivos cada 6/12h durante los dos primeros días.
- ✓ Un VCM bajo al ingreso indica pérdidas crónicas.

b) Coagulación:

- ✓ Valorar coagulopatías y tratamientos con anticoagulantes.
- ✓ La hipoprotrombinemia severa se trata, pero no debe retrasar la endoscopia.

c) Bioquímica:

- ✓ Un índice urea/creatinina > 110 indica hemorragia de origen alto.
- ✓ Si la urea permanece elevada puede ser indicativo de persistencia/recidiva.
- ✓ Un descenso de la Hb con urea normal indica hemodilución.
- ✓ El Na⁺ y el K⁺ se alteran por el cuadro de deshidratación asociado.
- ✓ Solicitar enzimas cardiacas ante sospecha de cardiopatía isquémica o antecedente previo de la misma.

? HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

- 2) **ELECTROCARDIOGRAMA:** En pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o inestabilidad hemodinámica.
- 3) **TÉCNICAS DE IMAGEN:**
 - a) Rx de tórax:
 - ✓ Si existen enfermedades subyacentes (insuficiencia cardíaca o respiratoria, aneurisma de aorta, etc).
 - ✓ Sospecha de cuerpo extraño en esófago.
 - ✓ Para valoración prequirúrgica.
 - b) Rx simple de abdomen:
 - ✓ No es un método diagnóstico de HDA, pero permite descartar procesos obstructivos o la perforación de alguna víscera, lo que contraindicaría la endoscopia.
 - c) Ecografía Doppler:
 - ✓ De utilidad para el reconocimiento de la anatomía venosa portal en pacientes con HTP.
 - ✓ Podemos encontrar dilatación del eje esplenoportal, trombos, vasos colaterales, líquido ascítico y datos del flujo portal.

? HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

4) **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA):**

- La EDA urgente es la prueba diagnóstica de elección.
- Aporta datos pronósticos de resangrado.
- Permite hacer tratamientos para detener la hemorragia y prevenir las recidivas.
- LA EDA precoz, en las primeras 24h, disminuye los requerimientos transfusionales, reduce las intervenciones quirúrgicas, acorta las estancias hospitalarias y reduce la mortalidad.

a) **Riesgo de recidiva:**

- Características de la lesión.- Úlceras de la cara posterior bulbar, de la curvatura menor del cuerpo gástrico y mayores de dos cms. entrañan mayor riesgo de recidiva y fracaso de la terapia endoscópica, independientemente de otras variables.
- Tipo de lesión.- Son de riesgo bajo la esofagitis, las erosiones gástricas y el síndrome de Mallory-Weiss. De riesgo medio las úlceras, y de alto riesgo los tumores, la HTP y la HDA secundaria a EDA satisfactoria.
- Signos predictivos.- La **clasificación de Forrest** estima el riesgo de recidiva/persistencia en ausencia de tratamiento endoscópico.



HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

Clasificación endoscópica de las varices esofágicas (Paquet)

Categoría	Hallazgos
Grado I	Telangiectasias e hipervascularización capilar o mínima protusión venosa.
Grado II	Cordones o nódulos que ocupan menos de la ¼ parte de la luz esofágica.
Grado III	Cordones o nódulos que ocupan hasta la mitad de la luz esofágica.
Grado IV	Cordones o nódulos que ocupan más de la mitad de la luz esofágica.

** Aplicable a HDA secundaria a HTP.*



HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

Clasificación endoscópica del riesgo de recidiva antes de tratamiento (Forrest)

Categoría	Clasificación	Hallazgos	Recidiva/Peristencia	Tratamiento endoscópico
Hemorragia activa	Ia	Pulsátil	90%	Si
	Ib	Babeante	55%	Si
Hemorragia reciente	IIa	Vaso visible	43%	Si
	IIb	Coágulo adherido	22%	Si
	IIc	Mancha negra/roja en la base	7%	No
No hemorragia	III	Base plana fibrinada	2%	No

* Aplicable a HDA no secundaria a HTP, principalmente úlcera péptica.



HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

- Influencia del tratamiento.- Un tratamiento satisfactorio disminuye significativamente el riesgo de resangrado.
- b) **Contraindicaciones de la EDA:**
 - Relativas.- IAM con inestabilidad hemodinámica, falta de colaboración del paciente y shock no compensado.
 - Absolutas.- Perforación, insuficiencia respiratoria grave ($pO_2 < 60$) y negativa del paciente.
- c) **Asignación definitiva del riesgo:** Mediante el índice de Rockall final. Del resultado dependerá el manejo posterior.



HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

ÍNDICE DE ROCKALL

	Variable	Puntuación
Valoración inicial	Edad (años)	
	<60	0
	60-79	1
	>80	2
	Estado circulatorio	
	Sin shock (PAS>100; FC<100)	0
	Taquicardia (PAS>100; FC>100)	1
	Hipotensión (PAS<100)	2
	Enfermedades asociadas	
	Ninguna enfermedad	0
Cardiopatía isquémica, ICC	2	
IRC, cirrosis, neoplasia	3	
Valoración final (Tras endoscopia)	Diagnóstico	
	Sin lesión, sin signos HR, SMW	0
	Todos los demás diagnósticos	1
	Neoplasia EGD	2
	Signos de hemorragia reciente	
	Sin estigmas, hematina	0
Sangre fresca en estómago, VVNS, hemorragia activa, coágulo	2	

		Inicial	Final	
	Puntos	Mortalidad	Resangrado	Mortalidad
Riesgo bajo	0	0,2%	4,9%	0%
	1	2,4%	3,4%	0%
	2	5,6%	5,3%	0,2%
Riesgo medio	3	11%	11,2%	2,9%
	4	24,6%	14,1%	5,3%
	5	39,6%	24,1%	10,8%
Riesgo alto	6	48,9%	32,9%	17,3%
	7	50%	43,8%	27%
	8+		48,1%	41,1%

❓ HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO Y PRUEBAS

Una vez conseguida la estabilización del paciente y obtenido el índice de Rockall, en nuestro hospital de referencia y según protocolo vigente, la indicación y solicitud de endoscopia oral urgente corresponde al facultativo asistente del servicio de urgencias.

Siempre deberá obtenerse previamente a la EDA el correspondiente consentimiento informado.

Si no se consigue estabilidad hemodinámica, valorar por UCI y cirugía general para intervención quirúrgica.



TRATAMIENTO

1. ***HDA por úlcera o lesiones agudas de la mucosa gástrica (LAMG)***
 - ✓ *Reposo a 30-45° y dieta absoluta.*
 - ✓ *Control de deposiciones y constantes vitales cada 4 horas.*
 - ✓ *Monitorización y sonda vesical según estabilidad hemodinámica.*
 - ✓ *SNG manteniendo lavados si sangrado activo y riesgo de aspiración.*
 - ✓ *Oxigenoterapia según hipoxia, nivel de conciencia, gravedad de la hemorragia y patologías asociadas.*
 - ✓ *Sueroterapia según factores asociados y estado hemodinámico.*
 - ✓ *Medidas de protección gástrica:*
 - * *Antiácidos: Almagato 1 sobre / 4 horas solo tras realización de endoscopia.*
 - * *Pantoprazol: 80 mg i.v. Inicial y 80 mg en 500 c.c. s.s.f. / 12 horas durante 2-5 días.*
 - * *Omeprazol: 80 mg en 200 c.c. s.s.f. en 30 min; 120 mg en 500 c.c. s.s.f. en 12 horas y finalmente 80 mg en 200 c.c. s.s.f. / 12 horas durante 2-5 días.*
 - * *Antieméticos: Metoclopramida 100 mg / 8 horas i.v.*
 - * *Eritromicina: 200 mg i.v. en 125 c.c. s.s.f. en 30 min entre 30 y 60 min antes de la endoscopia.*



TRATAMIENTO

2. HDA por desgarro o síndrome de Mallory-Weiss

- ✓ No utilizar SNG si existe sospecha clínica y el sangrado es menor.
- ✓ Pautar antieméticos e IBP.

3. HDA por varices gastroesofágicas

- ✓ Si encefalopatía III-IV, considerar la intubación orotraqueal.
- ✓ SNG opcional con lavados suaves si sangrado activo o riesgo de aspiración.
- ✓ Una reposición de volumen excesivamente vigorosa puede perpetuar el sangrado por aumento excesivo de la PVC.
- ✓ Mantener Hb alrededor de los 10 g/dl.
- ✓ Si hipotrombinemia, [Vit. K](#) 10-20 mg i.v. en 100 c.c. s.s.f.
- ✓ Si insuficiencia hepática, transfundir plasma fresco (Hematología).
- ✓ Si trombopenia, unidad de plaquetas (Hematología).
- ✓ [Somatostatina](#): Se debe instaurar en todo paciente con HDA en el que se sospeche origen varicoso aún antes de realizar la EDA. Produce vasoconstricción esplácnica selectiva. No mezclar con hemoderivados ni glucosados. Bolo inicial de 250 mcg / 15 min repitiendo dosis hasta tres veces si persiste sangrado. En perfusión 3 mg en 500 c.c. s.s.f. / 12 horas durante 3-5 días.
- ✓ Profilaxis de infecciones en el cirrótico: [Ceftriaxona](#) 1 gr i.v. / 24 h durante 7 días.



TRATAMIENTO

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS

A.HDA de riesgo preendoscópico bajo (Rockall = 2 o <).- Ambulatorización si cumple los siguientes criterios:

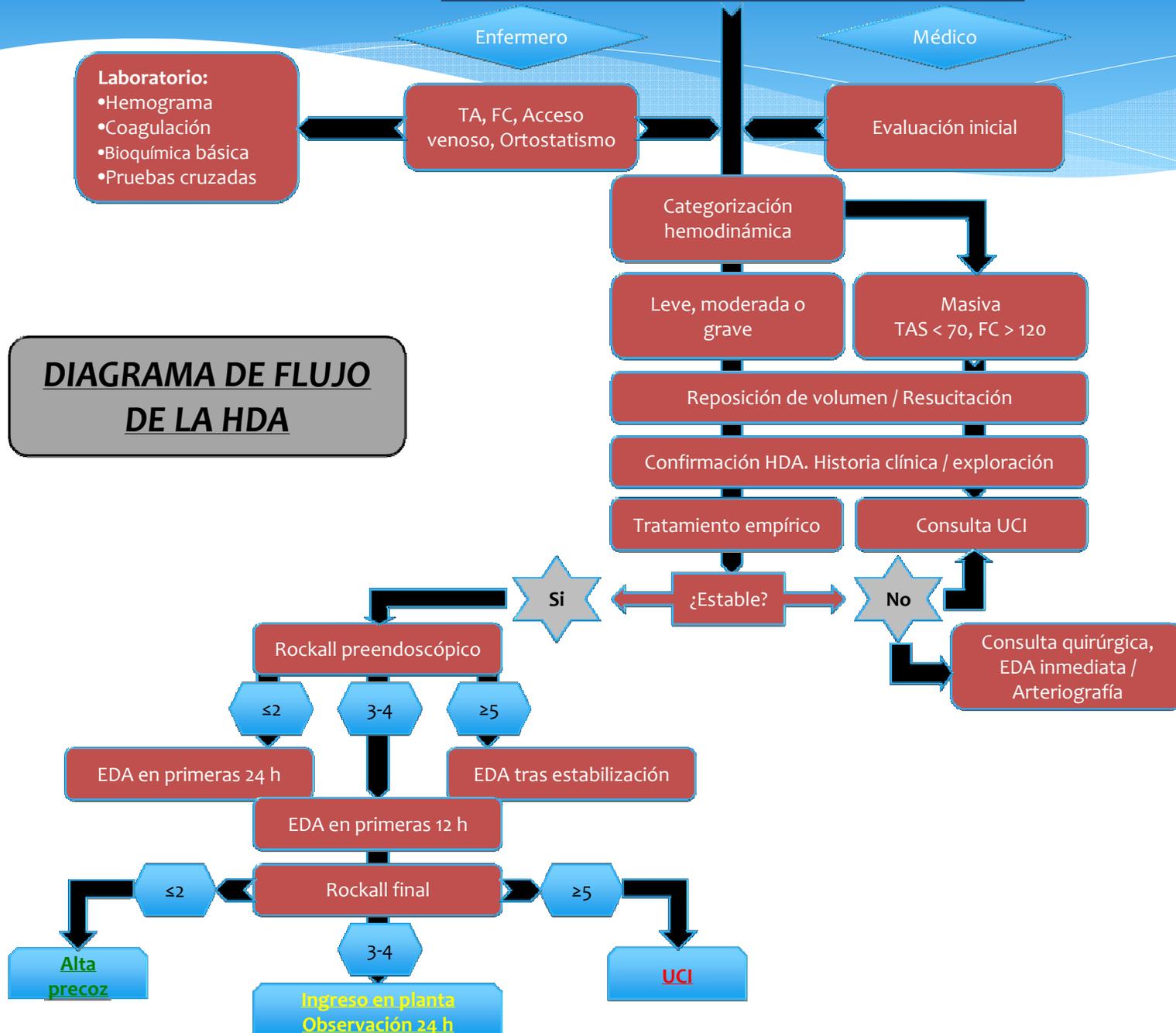
- I. Edad inferior a 60 años.
- II. Ausencia de inestabilidad hemodinámica: taquicardia (> 100 l.p.m), hipotensión (TAS < 100 mmHg) o cambios posturales (aumento de 20 l.p.m o disminución de la TAS de 20 mmHg en las tres horas siguientes a la evaluación inicial).
- III. Ausencia de enfermedad asociada severa: IC, EPOC, cirrosis, neoplasia hematológica, IRC o ACV.
- IV. Hb > 8 o 10 g/dl tras expansión adecuada del volumen intravascular si necesidad de transfusión.
- V. Estudio de coagulación normal.
- VI. Inicio de la hemorragia fuera del hospital.
- VII. Sin restos hemáticos objetivables en EDA realizada en las primeras 24h tras inicio de la hemorragia.
- VIII. Apoyo social adecuado con posibilidad de reingreso rápido en caso de recidiva.



TRATAMIENTO

- B. HDA de riesgo preendoscópico medio (Rockall = 3 o 4).**- (Realizar EDA en las primeras 12 horas tras el inicio de la hemorragia).
- ❖ Tras un máximo de 24 h de observación en Servicio de Urgencias se puede transferir a unidad de hospitalización normal.
 - ❖ La lesión ha de ser menor de 2 cms y no estar localizada en cara posterior de bulbo o en la zona alta de la curvatura menor del estómago.
- C. HDA de riesgo preendoscópico alto (Rockall = 5 o >).**- (Realizar EDA tras estabilización).
- ❖ Observación en UCI durante 24/48 horas.
- D. HDA masiva.**- En función del estado hemodinámico y del índice de Rockall, solicitar valoración por UCI; proceder a ingreso en esta unidad si precisa vía central y/o intubación orotraqueal (Glasgow < 8).

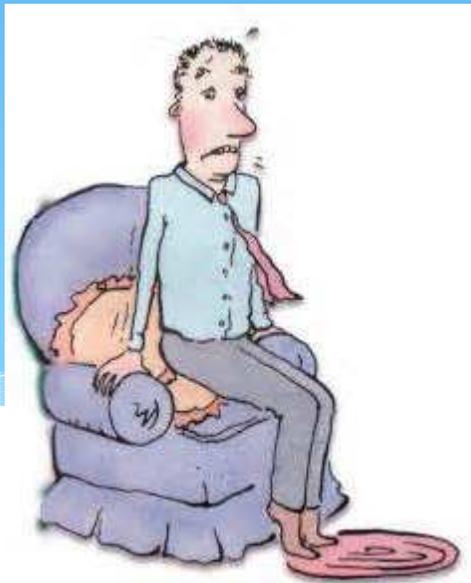
SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



HEMORRAGIA DIGESTIVA

BAJA

HDB



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- * Ante un sangrado digestivo bajo la actitud diagnóstica y terapéutica inicial es similar a la de la HDA.*
- * En primer lugar hacer valoración y control hemodinámico con reposición de la volemia y transfusión de hemoderivados si es necesario.*
- * A continuación mantener al paciente estable para poder hacer diagnóstico y tratamiento de la lesión sangrante.*

HDB: ETIOLOGÍA

- Neoplasias: Adenomas, adenocarcinomas, linfomas, tumores neuroendocrinos y tumores metastásicos.
- Alteraciones vasculares: Angiodisplasias de colon, síndrome de Rendu-Osler, hemangiomas cavernosos.
- Divertículos colónicos: Principalmente los de colon ascendente.
- Lesiones de HTP: varices ectópicas, gastropatía hipertensiva.
- Hemorroides internas o externas.
- Fisura anal.
- Divertículo de Meckel.
- Enfermedad isquémica intestinal.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Causas raras: Enfermedad de Whipple, vasculitis, amiloidosis, úlcera solitaria de recto, colitis actínica...

HDB: FORMAS DE PRESENTACIÓN

? PÉRDIDAS CRÓNICAS

- A. ***Sangre oculta en heces.***- Los tumores GI, especialmente los de intestino grueso son la causa más frecuente de esta presentación en pacientes mayores de 50 años.
- B. ***Melenas intermitentes.***- Casi siempre debidas a lesiones del tracto digestivo alto, aunque no de manera excluyente.
- C. ***Hematoquecia escasa.***- La forma más frecuente. Debida sobre todo a lesiones anales, seguidas de lesiones en recto y colon distal.

? HEMORRAGIA AGUDA

- A. ***Hemorragia moderada.***- Pérdida de sangre por recto sin inestabilidad hemodinámica y que no requiere transfusión.
- B. ***Hemorragia severa.***- Pérdida de al menos un 15% del volumen sanguíneo del paciente existiendo inestabilidad hemodinámica. Las causas principales son diverticulosis y malformaciones vasculares.

HDB: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

? PÉRDIDAS CRÓNICAS

A. ***Sangre oculta en heces:***

- El colon más proximal se debe explorar por colonoscopia.
- La EDA se debe hacer en paciente sintomáticos con colonoscopia normal.
- El intestino delgado se explora mediante enteroclis, angiografía, gammagrafía con hematíes marcados con Tc-99, enteroscopia o cirugía.

B. ***Melenas intermitentes:***

- Primero se debe realizar EDA; si no es diagnóstica se procede a valorar colon e intestino delgado como en el caso de la sangre oculta en heces.

C. ***Hematoquecia escasa:***

- Primero realizar inspección del ano, tacto rectal, anoscopia y sigmoidoscopia, siendo el examen más productivo si se hace en un episodio de sangrado.
- La colonoscopia completa o el enema con bario se hacen cuando lo anterior no resulta diagnóstico y en función de la edad del paciente, su estado general y la presencia de factores de riesgo para neoplasia.

HDB: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

? **HEMORRAGIA AGUDA**

A. *Hemorragia moderada:*

- Primero examen cuidadoso de ano y recto (localización más frecuente).
- La presencia de lesión anorrectal no excluye una causa más proximal, por lo que la colonoscopia debe realizarse. Si es negativa conviene realizar otras exploraciones del colon e incluso repetirla si persiste el sangrado.

B. *Hemorragia severa:*

- Primero colocar SNG con aspiración; la ausencia de sangre en sonda no descarta el tracto digestivo alto como origen del sangrado, aunque la presencia de bilis lo hace muy improbable.
- La colonoscopia de emergencia diferencia la lesión sangrante de colon en un 50-70% de los casos y permite el tratamiento de algunas lesiones; la angiografía localiza rápidamente el punto sangrante.
- Se realizará EDA si no se encuentra lesión en el tracto digestivo bajo o hay sospecha de lesión alta, en cuyo caso no está indicado el enema de bario.
- Si tras colonoscopia y angiografía continua el sangrado, pasamos a la cirugía intentando hacer una correcta preparación previa.
- Si se sospecha lesión de intestino delgado, enteroscopia o estudio con bario.

**GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN**

Rosa