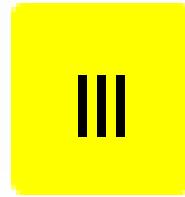


HEMORRAGIA DIGESTIVA

EVALUACIÓN INICIAL Y MANEJO MÉDICO

Servicio de medicina interna
Noemi Hernández Hernández





info

MELENA

1.Evaluación inicial del sangrado digestivo

1.1.HC

1.2.Exploración física

1.3.Pruebas complementarias.

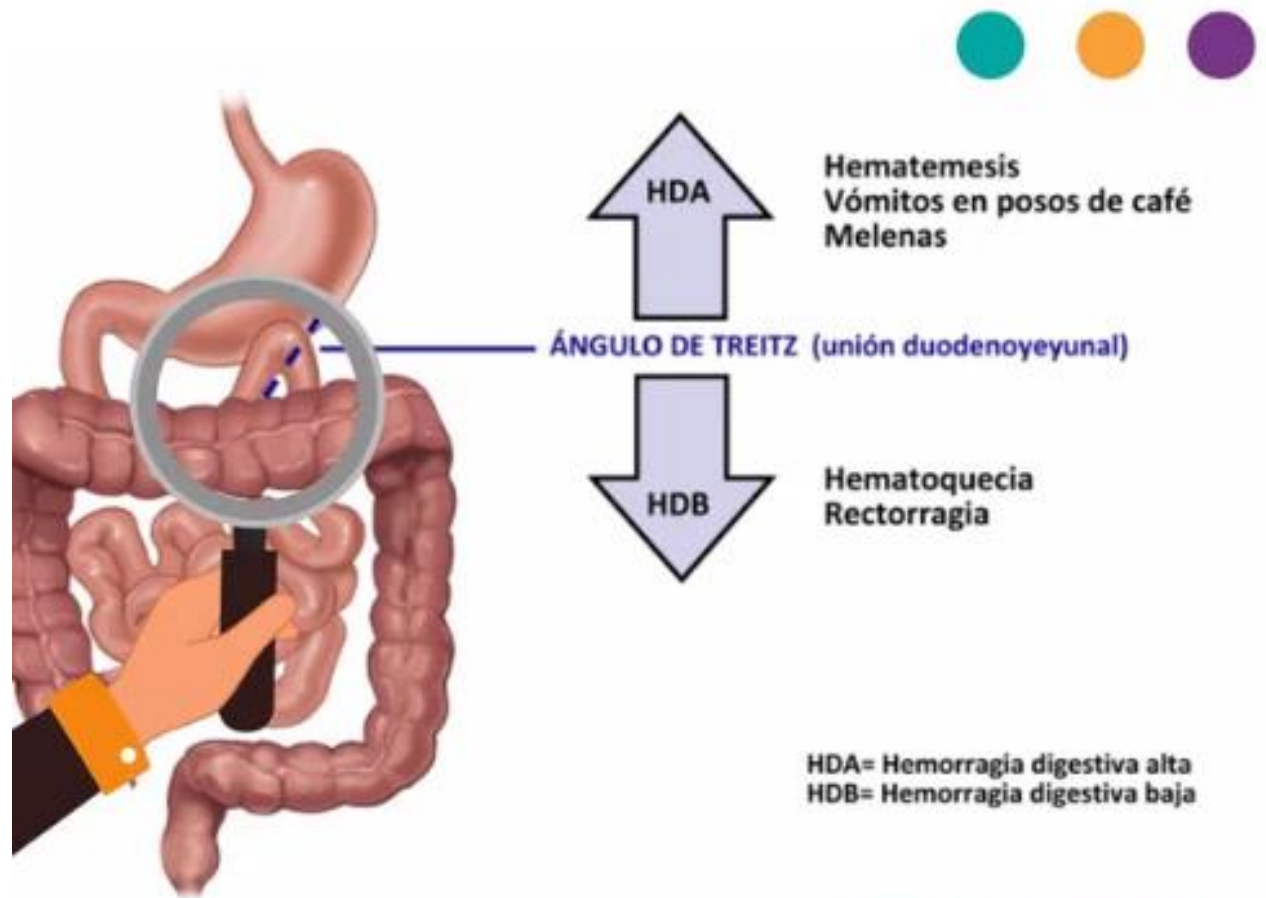
2.Manejo del paciente

2.1.Manejo general

2.2.Manejo médico específico

EVALUACIÓN INICIAL DE SANGRADO DIGESTIVO:

- HC+ EF + Pruebas complementarias.
- Objetivo:
 - HDA vs HDB
 - Gravedad
 - Medidas de apoyo
 - Reanimación
 - Estudios de diagnóstico adicionales



- Factores predictores de sangrado que provienen de HDA:
 - inestabilidad hemodinámica, hipotensión ortostática
 - una proporción elevada de nitrógeno ureico en sangre (BUN) a creatinina o urea a creatinina.



MANIFESTACIONES DE SANGRADO:

ANTECEDENTES PERSONALES:

- 60% de pacientes con HDA previa sangrarán en ese momento por la misma lesión

> JAMA. 1969 Feb 24;207(8):1477-80.

The vigorous diagnostic approach to upper-gastrointestinal tract hemorrhage. A 23-year prospective study of 1,4000 patients

E D Palmer

PMID: 5304356

Las principales causas de HD teniendo en cuenta los APs y clínica son:

Varices o gastropatía hipertensiva → hepatópatas o OH

Fístula aorto entérica → aneurisma abdominal/ stents

Angiodisplasia → enfermedad renal, estenosis aortica o teleangiectasis hereditarias

Úlcera péptica → H.Pylori, AINES, fumadores, antitrombóticos

Lesiones malignas → fumadores, OH, HP

Hematoquecia indolora → hemorragia diverticular

Cambio en los hábitos intestinales → malignidad

Dolor abdominal → colitis

Comorbilidades que pueden influenciar en el manejo:

- **Enfermedad coronaria, pulmonares:** más susceptibles a efectos adversos de anemia, mantener con niveles más altos de HB
- **Enfermedad renal, fallo cardiaco:** pueden entrar en fallo si se hace reposición vigorosa de fluidos
- **Pacientes anticoagulados, con trombopenia, o disfunción hepática grave** pueden necesitar una hemostasia mas especifica por tener sangrados más difíciles de controlar.

Importante fijarse en la **medicación** que toma el paciente:

- Medicación que predispone a formación de úlcera péptica---> AASS AINES COx2 inhibidores
 - Medicación asociada a esofagitis por pastillas
 - Medicación que aumenta el riesgo de sangrado, como anticoagulantes (incluyendo directos) y antiagregantes como ASS
- ** pueden alterar la presentación clínica; hierro oral, regaliz negra, carbon obismuto.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Evaluación de la **estabilidad hemodinámica**:

- Los signos de *hipovolemia* incluyen:
 - Hipovolemia de leve a moderada (<15% del volumen sanguíneo perdido) – Taquicardia en reposo.
 - Pérdida de volumen de sangre de al menos el 15 %: hipotensión ortostática (una disminución de la presión arterial sistólica de más de 20 mmHg y/o un aumento de la frecuencia cardíaca de 20lpm al pasar de estar recostado a estar de pie).
 - Pérdida de volumen de sangre de al menos el 40 %: hipotensión supina.

Examen de las heces del paciente para confirmar la presencia de hematoquecia o melena. También habría que realizar un Tacto Rectal como habíamos comentado, para evaluar las características de las heces.

Evaluar dolor abdominal: sugiere la presencia de una fuente de hemorragia inflamatoria, como una colitis isquémica o infecciosa o una perforación (p. ej., una úlcera péptica perforada en un paciente con hemorragia digestiva alta grave). Es importante detectar signos de abdomen agudo, para excluir perforación ya que en ese caso estaría contraindicada la posterior endoscopia

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma, bq básica c/perfil hepático y coagulación.** Además de *EKG y enzimas cardiacas en pacientes con riesgo de IAM* como pacientes mayores, con AP de enfermedad coronaria o síntomas sugestivos.
- **Hb:** inicial del paciente con HDA/HDB es la línea de partida ya que el paciente está perdiendo sangre total.
 - Dilución por reposición de fluidos.
 - Monitorizar cada 2-8hr.
- **VCM** normal en sangrado aguda
- **Urea/Cr:** HDA ratio >100:1; HDB <100:1

The diagnostic value of serum urea/creatinine ratio in distinguishing between upper and lower gastrointestinal bleeding. A prospective study

P B Mortensen ¹, M Nøhr, J F Møller-Petersen, I Balslev

Affiliations + expand

PMID: 8039439

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

LAVADO NASOGÁSTRICO

No se recomienda el uso de la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) en pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta aguda, ya que los estudios no han podido demostrar un beneficio con respecto a los resultados clínicos.

Tiempo más corto para la endoscopia, lavar partículas y mejor visualización.

Diferencias entre los que se sometieron a lavado NGT y los que no lo hicieron con respecto:

- mortalidad
- duración de la estancia hospitalaria
- la cirugía
- necesidad de transfusiones.

MEJOR PROCINÉTICOS.

Is nasogastric tube lavage in patients with acute upper GI bleeding indicated or antiquated?

Daniel J Pallin, John R Saltzman

PMID: 22032314 DOI: [10.1016/j.gie.2011.07.007](https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.07.007)

MANEJO GNRL

1. SOPORTE GENERAL:

- O2
- NO VO + dieta absoluta
- Vías venosas

2. STP: de inmediato, sobre todo si el paciente está inestable. No debe retrasarse para comenzar transfusión ni para transferirlo a UCI.

- SSFF o Ringer lactato
- La reanimación adecuada y la estabilización hemodinámica son esenciales antes de la endoscopia para minimizar las complicaciones asociadas al tratamiento.
- La tasa de reanimación con líquidos dependerá en parte de si el paciente está hemodinámicamente inestable.
- OJO! Los pacientes con riesgo de sobrecarga de líquidos pueden requerir una monitorización intensiva.

TRANSFUSIONES

- Criterios hemodinámicos >>>Hb
- Estrategia de transfusión restrictiva: transfundir si la hemoglobina es <7 g/dl

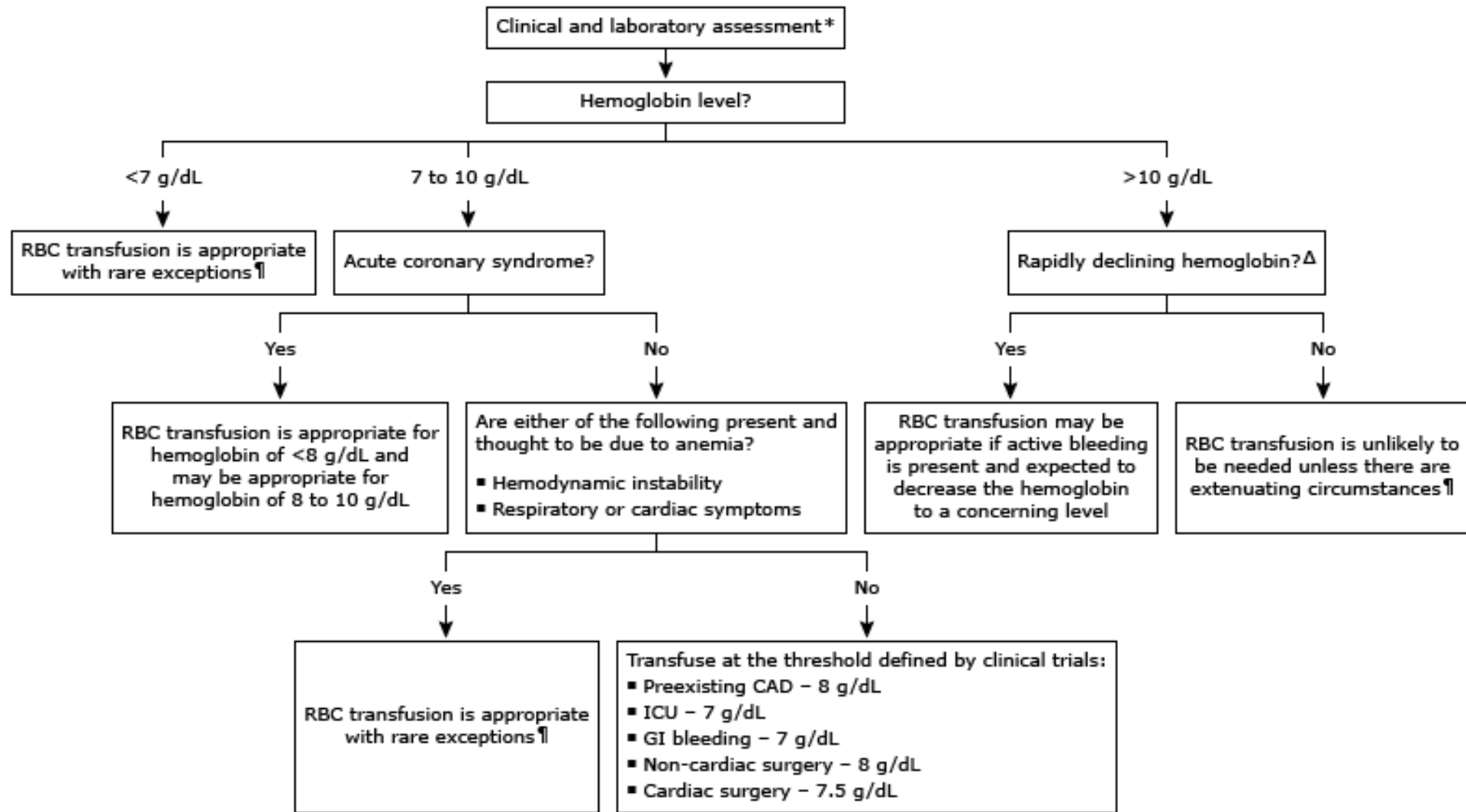
Review > Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017 May;2(5):354-360.

doi: 10.1016/S2468-1253(17)30054-7. Epub 2017 Mar 23.

Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Ayodele Odutayo ¹, Michael J R Desborough ², Marialena Trivella ³, Adrian J Stanley ⁴, Carolyn Dorée ⁵, Gary S Collins ³, Sally Hopewell ⁶, Susan J Brunskill ⁵, Brennan C Kahan ⁷, Richard F A Logan ⁸, Alan N Barkun ⁹, Michael F Murphy ¹⁰, Vipul Jairath ¹¹

- Metanálisis de cinco ensayos aleatorios con un total de 1965 pacientes con hemorragia digestiva alta aguda. Los pacientes asignados a una estrategia de transfusión restrictiva tuvieron una **mortalidad por todas las causas** más baja que los asignados a una estrategia de transfusión liberal (reducción del riesgo absoluto [ARR] 2,2 %, riesgo relativo [RR] 0,65, IC del 95% 0,44-0,97) y **resangrado** (ARR 4,4%, RR 0,58, IC 95% 0,40-0,84).



Estos umbrales no reemplazan la evaluación directa del paciente y el juicio clínico.

Transfusiones. Casos especiales.

- **Varices esofágicas**: evitar sobretrasfusión
- **Trombocitopenia**: si sangrado grave + trombocitopenia de $<50\,000/\text{microL}$ pueden recibir una transfusión de plaquetas
 - Se permite endoscopia si el recuento de plaquetas es $>20\,000/\text{microL}$, aunque si se sospecha que el paciente tiene sangrado activo, intentamos aumentar el recuento de plaquetas a $>50\,000/\text{microL}$.

MANEJO DE ANTICOAGULANTES, ANTIAGREGANTES Y COAGULOPATÍAS

- **INDIVIDUALIZAR.**
- **No retrasar endoscopia** (intentar INR<2.5)
- **Suspender fármaco**
- **¿Revertir?**
 - Pequeño subgrupo de pacientes con hemorragias potencialmente mortales que no responden a la reanimación inicial y al cese del anticoagulante.
 - Pueden ocurrir anafilaxia y reacciones transfusionales.
 - En pacientes con un INR de 1,5 a 2,5, la hemostasia endoscópica se puede realizar antes o junto con la administración de agentes de reversión. Sin embargo, en pacientes con un INR > 2,5, los agentes de reversión generalmente deben administrarse antes de la endoscopia.
- **No transfundir plaquetas en pacientes que tomen antiagregantes si su recuento es normal.**

MANEJO DE ANTICOAGULANTES, ANTIAGREGANTES Y COAGULOPATÍAS

→ **Coagulopatía en relación con la cirrosis:** es particularmente compleja ya que el INR no es una medida exacta de la coagulación, solo refleja cambios en factores procoagulantes pero los anticoagulantes tmb están afectados

→ **Otros trastornos del a coagulación:** individualizar y consultar con hematología.

→ **Coagulopatía dilucional:** los pacientes que requieren una transfusión masiva (definida por los protocolos institucionales, a menudo >3 concentrados de hematíes en una hora o 10 concentrados de hematíes en 24 horas) también pueden necesitar reemplazo de factores de coagulación y/o plaquetas.

MEDICACIÓN Y ENDOSCOPIA

1.IBPS:

- **Hemodinámicamente inestables / hemorragia activa** → Bolo de dosis alta (ej., esomeprazol 80 mg) a pacientes con signos de hemorragia activa (ej., hematemesis, inestabilidad hemodinámica). Intentamos endoscopia en pacientes con sospecha de sangrado activo en curso después de la reanimación dentro de las 12 horas.
 - Si >12h dsp → segunda dosis de un IBP IV 12 horas más tarde (ej., esomeprazol 40 mg).
- **Hemodinámicamente estables** → administramos un IBP IV cada 12 horas (p. ej., esomeprazol 40 mg).

La dosificación posterior dependerá de los hallazgos endoscópicos

El tratamiento con IBP por VI/VO también **reduce la duración de la estancia hospitalaria, la tasa de nuevas hemorragias y la necesidad de transfusiones de sangre en pacientes con úlceras de alto riesgo tratados con tratamiento endoscópico**. Los IBP también pueden promover la hemostasia en pacientes con lesiones distintas de las úlceras. (neutralización del ácido gástrico conduce a la estabilización de los coágulos sanguíneos).

MEDICACIÓN Y ENDOSCOPIA

2. Procinéticos: eritromicina /metoclopramida . El objetivo de usar un agente procinético es mejorar la visualización gástrica en el momento de la endoscopia limpiando el estómago de sangre, coágulos y residuos de alimentos.

3. Medicamentos vasoactivos: la somatostatina, su análogo octreótido, se usan en el tratamiento del sangrado por várices y también pueden reducir el riesgo de sangrado por causas no relacionadas con las várices. En pacientes con sospecha de sangrado por várices, la octreotida se administra como un bolo intravenoso de 50 mcg, seguido de una infusión continua a una velocidad de 50 mcg por hora.

4 Tratamientos ineficaces: el ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico que se ha estudiado en pacientes con hemorragia digestiva alta y no parece ser beneficioso . No ha demostrado reducir riesgo de muerte y se asoció con un aumento de eventos tromboembólicos venosos y convulsiones en comparación con el placebo.

Randomized Controlled Trial > [Lancet. 2020 Jun 20;395\(10241\):1927-1936.](#)

doi: 10.1016/S0140-6736(20)30848-5.

Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial

Interconsulta



Paciente estable y con tto médico.



¿Paciente subsidiario de tratamiento endoscópico u otros estudios dx adicionales?

Bibliografía

1. [Farrell JJ, Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21:1281.](#)
2. [Mortensen PB, Nøhr M, Møller-Petersen JF, Balslev I. The diagnostic value of serum urea/creatinine ratio in distinguishing between upper and lower gastrointestinal bleeding. A prospective study. Dan Med Bull 1994; 41:237.](#)
3. [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.](#)
4. [Cappell MS, Friedel D. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy. Med Clin North Am 2008; 92:491.](#)
5. [Palmer ED. The vigorous diagnostic approach to upper-gastrointestinal tract hemorrhage. A 23-year prospective study of 1,4000 patients. JAMA 1969; 207:1477.](#)
6. [Richards RJ, Donica MB, Grayer D. Can the blood urea nitrogen/creatinine ratio distinguish upper from lower gastrointestinal bleeding? J Clin Gastroenterol 1990; 12:500.](#)
7. [Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. Gastroenterology 1988; 95:1569.](#)
8. [Zuckerman GR, Trellis DR, Sherman TM, Clouse RE. An objective measure of stool color for differentiating upper from lower gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci 1995; 40:1614.](#)
9. [Wilcox CM, Alexander LN, Cotsonis G. A prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia. Am J Gastroenterol 1997; 92:231.](#)
10. [Laine L, Shah A. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding. Am J Gastroenterol 2010; 105:2636.](#)
11. [Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? JAMA 2012; 307:1072.](#)
12. [Zuccaro G Jr. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. American College of Gastroenterology. Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol 1998; 93:1202.](#)
13. [Davila RE, Rajan E, Adler DG, et al. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. Gastrointest Endosc 2005; 62:656.](#)
14. [Kollef MH, O'Brien JD, Zuckerman GR, Shannon W. BLEED: a classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal hemorrhage. Crit Care Med 1997; 25:1125.](#)