

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA

Álvaro Hernán Falzone

SMIBA – 14 de Junio de 2022

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Introducción



**Sangrado originado en el Tubo Digestivo
que puede manifestarse de manera evidente u
oculta**

HEMORRAGIA DIGESTIVA

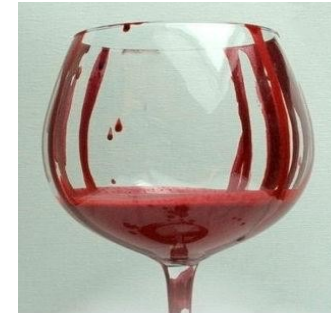
Introducción



Proctorragia



Hematemesis



Hematoquecia



Vómito en
borra de café



Melena



Anemia
Ferropénica



HEMORRAGIA DIGESTIVA

Introducción



- Manifestaciones asociadas:

Dependen del volumen de sangre perdido

- Palidez
- Disnea
- Síncope
- Astenia



HEMORRAGIA DIGESTIVA

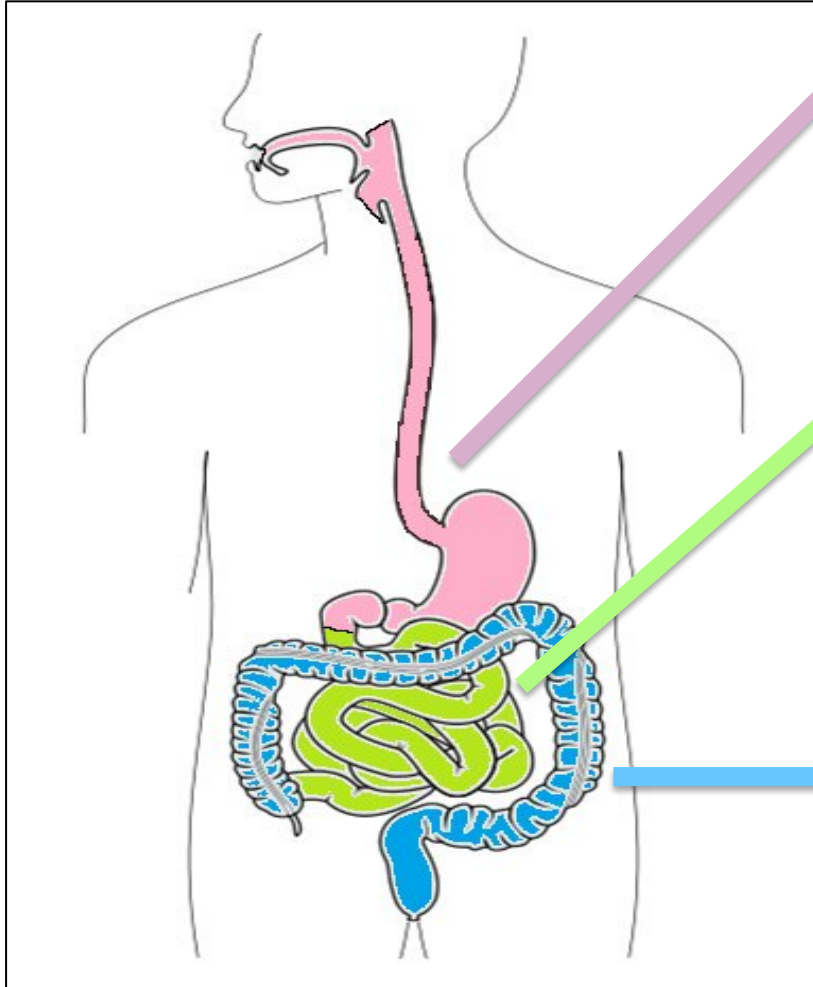
Introducción



- La evaluación y el tratamiento requiere con frecuencia el abordaje multidisciplinario de especialistas, entre los más frecuentes: los de gastroenterología, endoscopia, cirugía, medicina interna, urgencias, terapia intensiva y radiología diagnóstica e intervencionista

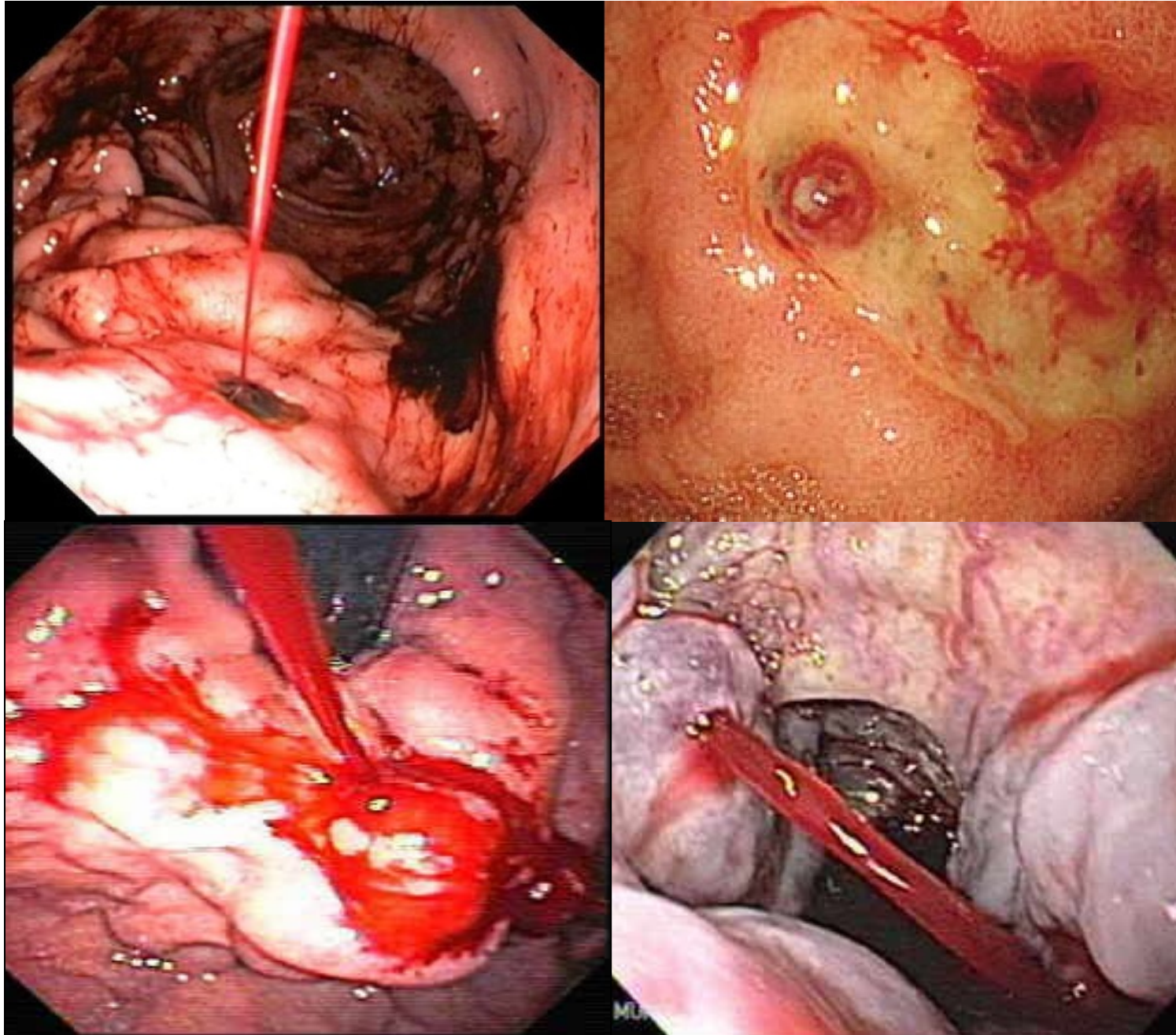
HEMORRAGIA DIGESTIVA

Introducción



- **H.D.A.:**
Sangrado originado proximal a la ampolla de Vater
- **H.D.M.:**
Sangrado originado desde la ampolla de Vater hasta la válvula ileocecal
- **H.D.B.:**
Sangrado originado distal a la válvula ileocecal

- **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**



HDA - Introducción

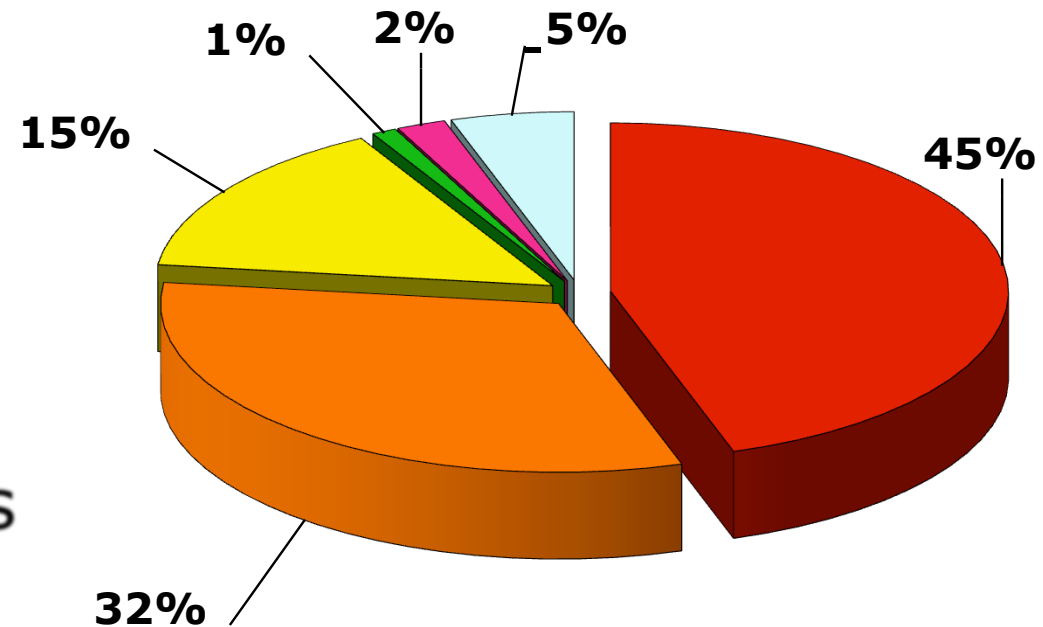


- Definición – Hemorragia digestiva alta (HDA)
 - ✓ Pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo que se produce proximal a la ampolla de Vater (prox. al ángulo de Treitz en la definición previa)
- Emergencia gastrointestinal más frecuente*
- Mortalidad
 - Global 5 – 15 %
 - HDA no variceal 5 – 13 %
 - HDA variceal 15 – 50 %

HDA - Etiología



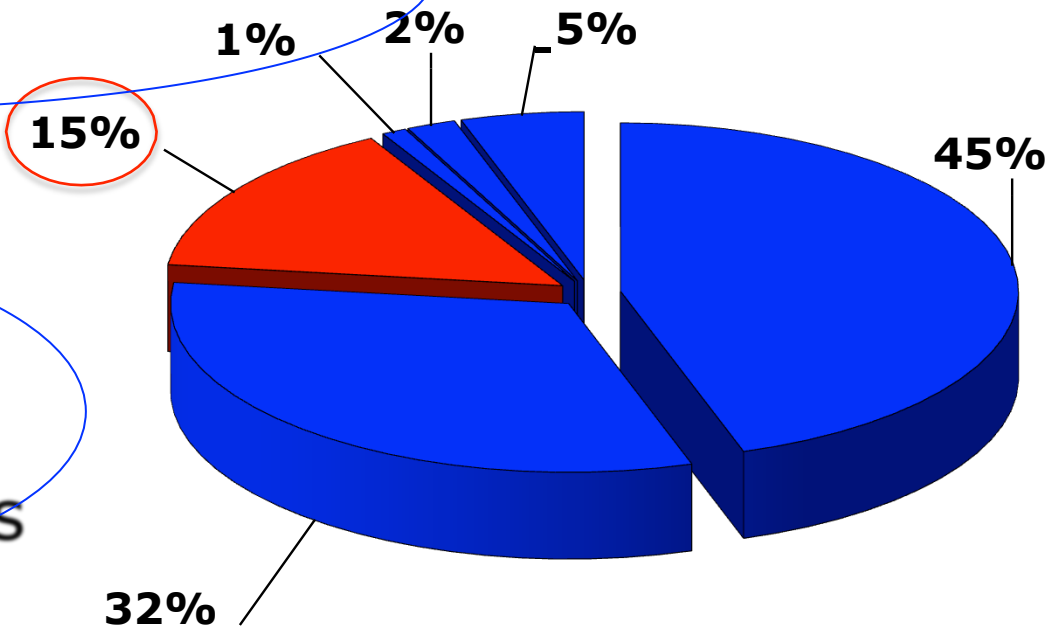
- Úlceras gástricas y duodenales
- Gastritis erosiva
- Várices esofágicas
- Cáncer gástrico
- Mallory Weiss
- Lesiones vasculares



HDA - Etiología

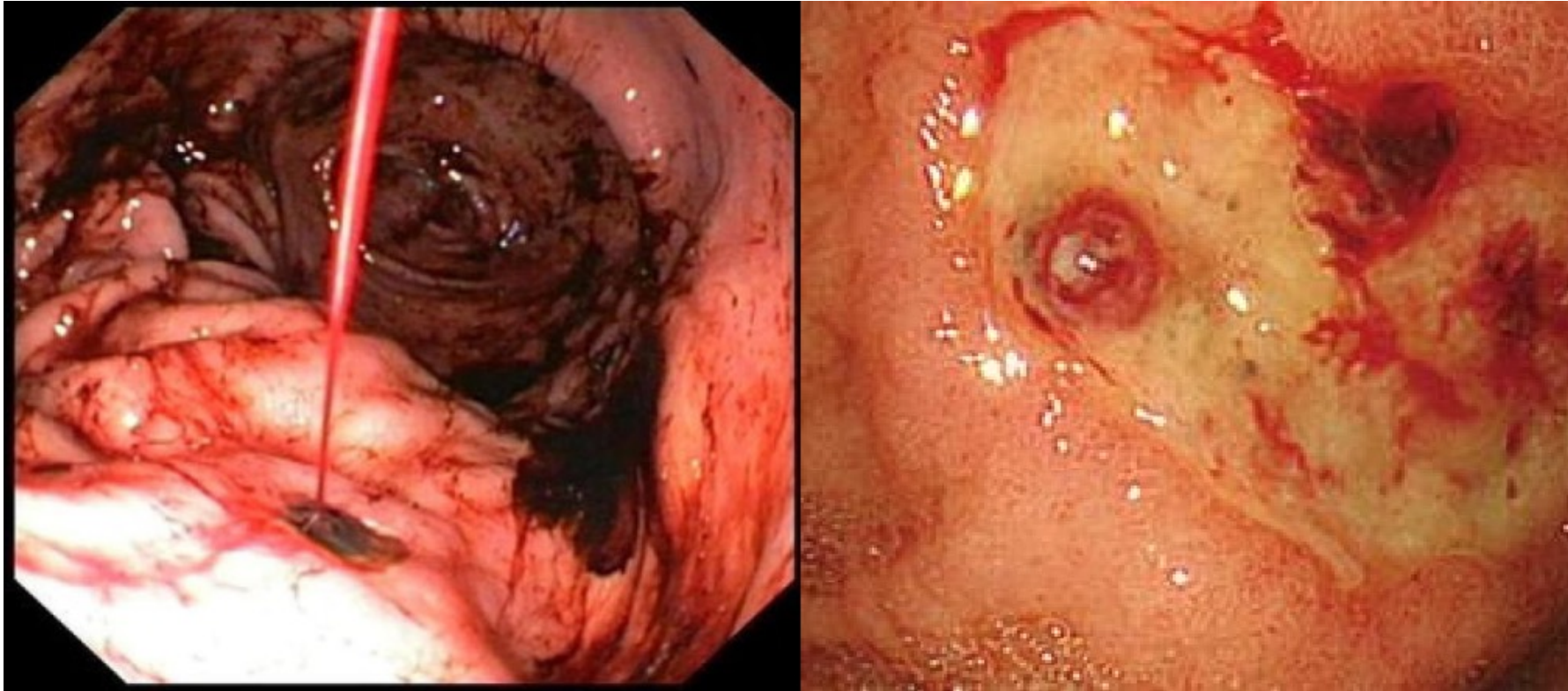


- Úlceras gástricas y duodenales
- Gastritis erosiva
- VARICEAL
- Cáncer gástrico
- Mallory Weiss
- Lesiones vasculares



■ Úlceras ■ Gastritis ■ Várices ■ Mallory ■ Cáncer ■ Otros

- **Hemorragia Digestiva Alta No Variceal**



HDA – No Variceal



Se autolimita



85-90%

**Continua sangrando
o recidiva**



10-15%



- **Evaluación inicial y estratificación de riesgo**
 - Anamnesis (ATC de hepatopatías, uso de AINEs y ACO)
 - Confirmar HDA (considerar tacto rectal, no SNG de rutina)
 - Evaluación hemodinámica
 - Buscar signos de hepatopatía
 - Poner 2 vías periféricas gruesas
 - Reserva de 2 concentrados de hematíes
 - Laboratorio con pruebas de coagulación

HDA – No Variceal



- **Evaluación inicial y estratificación de riesgo**
 - Medidas de resucitación: Reponer la volemia con cristaloides (la corrección precoz de la hipotensión es la medida inicial más eficaz para reducir la mortalidad de la HDA)
 - Considerar IOT si hematemesis activa, encefalopatía o agitación
 - Inmediatamente al ingreso: Omeprazol 80 mg en bolo ev
 - Transfusión de sangre si Hb menor de 7
 - Hb > 7 g/dl y hasta 9 g/dl (Recomendación 1C)
 - Hb > 9 g/dl en enfermedad coronaria



- **Evaluación inicial y estratificación de riesgo**
 - Estratificación de riesgo (alto y bajo): timing VEDA, tipo internación, tiempo de alta, riesgo de resangrado
 - Las escalas de Blatchford y de Rockall pre endoscópico utilizan criterios clínicos y de laboratorio
 - Las escalas pronósticas están recomendadas para la estratificación temprana en pacientes de bajo y alto riesgo de resangrado y mortalidad (1C).

HDA – No Variceal



- Evaluación inicial y estratificación de riesgo

A Blatchford Score

At Presentation	Points
Systolic blood pressure	
100–109 mm Hg	1
90–99 mm Hg	2
<90 mm Hg	3
Blood urea nitrogen	
6.5–7.9 mmol/liter	2
8.0–9.9 mmol/liter	3
10.0–24.9 mmol/liter	4
≥25 mmol/liter	6
Hemoglobin for men	
12.0–12.9 g/dl	1
10.0–11.9 g/dl	3
<10.0 g/dl	6
Hemoglobin for women	
10.0–11.9 g/dl	1
<10.0 g/dl	6
Other variables at presentation	
Pulse ≥100	1
Melena	1
Syncope	2
Hepatic disease	2
Cardiac failure	2

B Rochall Score

	Clinical Rochall Score	Coexistent Rochall Score	Points
Age			
<60 yr			0
60–79 yr			1
≥80 yr			2
Shock			
Heart rate >100 beats/min			1
Systolic blood pressure <100 mm Hg			2
Coexisting illness			
Ischemic heart disease, congestive heart failure, other major illness			2
Renal failure, hepatic failure, metastatic cancer			3
Endoscopic diagnosis			
No lesion observed, Mallory–Weiss tear			0
Peptic ulcer, erosive disease, esophagitis			1
Cancer of upper GI tract			2
Endoscopic stigmata of recent hemorrhage			
Clean base ulcer, flat pigmented spot			0
Blood in upper GI tract, active bleeding, visible vessel, clot			2



- **Evaluación inicial y estratificación de riesgo**

- Blatchford Score:**

- Está validado para predecir la necesidad de intervención clínica

- Va de 0 a 23 puntos

- Un score de 0 con ausencia de comorbilidades severas, permite diferir la internación y la realización de la endoscopia

- Si > de 12 VEDA muy temprana (entre 2 a 13 hs del ingreso)

HDA – No Variceal



- **Terapéutica medica pre-endoscópica**
- Proquinéticos
 - Eritromicina E.V. (250 mg antes de la endoscopia)
 - Mejora la visión endoscópica y disminuye la necesidad de reendoscopias (recomendación condicional)
- I.B.P.
 - Omeprazol E.V. (80 mg en bolo, luego infusión 8 mg/h a renovar cada 12 hs). Recomendación 1A
 - Acelera la resolución de los signos de sangrado en úlceras y reduce la necesidad de terapéutica endoscópica



- **Diagnóstico endoscópico**
 - Realizar endoscopia diagnóstica temprana (<24 horas) con clasificación de riesgo clínico y endoscópico que permita:
 1. segura y rápida alta de los pacientes clasificados en bajo riesgo (1A)
 2. mejoría de los tratamientos en los pacientes con alto riesgo (1C)
 3. reducción de la utilización de recursos en los pacientes de alto y bajo riesgo (1A)



- **“Timing” de la endoscopia**
 - Dentro de las 24 hs de la admisión y luego de realizar las maniobras de resucitación (optimizar parámetros hemodinámicos y otros problemas médicos)
Recomendación 1B
 - No hay beneficio adicional entre endoscopia urgente (< 12 hs) y temprana (< 24 hs) con respecto a resangrado, cirugía o mortalidad...

HDA – No Variceal



- **“Timing” de la endoscopia**
 - ...sin embargo
 - en algunos pacientes seleccionados debe realizarse tan pronto como se estabilice hemodinámicamente, dentro de las 12 hs de la admisión
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Hematemesis con sangrado masivo
 - Hb < 8 gr%
 - Blatchford Score > 12



HDA – No Variceal



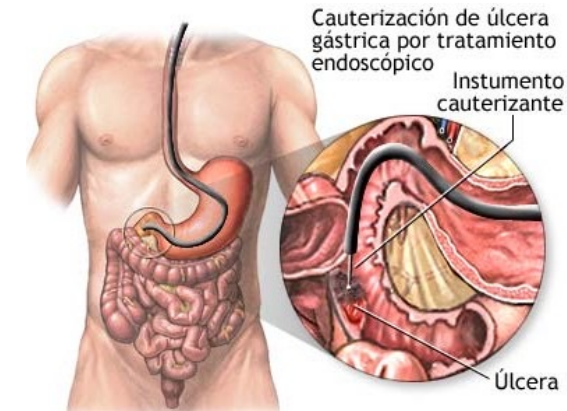
-Estigmas de sangrado predictores de resangrado y pronóstico para UGD (Clasificación de Forrest)

		Resangrado
• Sangrado activo en chorro (Forrest Ia)		85-100 %
• Vaso visible no sangrante (Forrest IIa)		50%
• Rezumante venoso activo (Forrest Ib)		10-27 %
• Coágulo adherido (Forrest IIb)		30-35%
• Mancha parda (Forrest IIc)		8 %
• Lecho limpio (fibrina) (Forrest III)		3 %

HDA – No Variceal



- **Terapéutica endoscópica**
- Debe realizarse
 - Sangrado en jet (Forrest Ia)
 - Rezumante venoso (Forrest Ib)
 - Vaso visible (Forrest IIa)
- Considerarla en coagulo adherido (Forrest IIb) con factores de riesgo de resangrado
- No debe realizarse
 - Mancha parda (Forrest IIc)
 - Fondo fibrina (Forrest III)



HDA – No Variceal

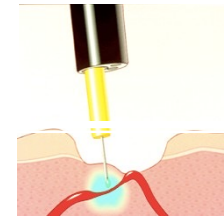


- **Terapéutica endoscópica**

- Tratamiento inyectable

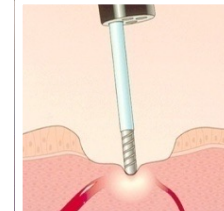


- Adrenalina
 - Esclerosantes (polidocanol, alcohol, etanolamina)



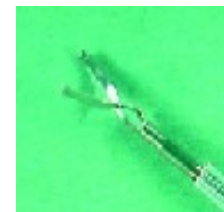
- Métodos de ablación térmica

- Electrocoagulación
 - Gold probe
 - Heather probe
 - Argón plasma



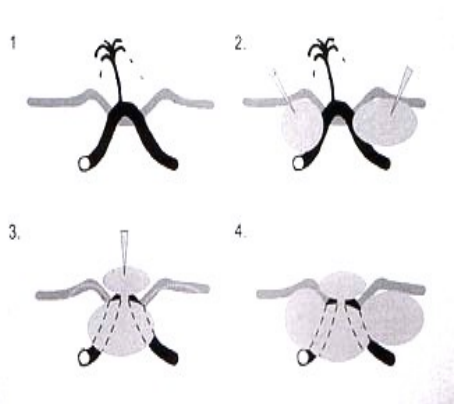
- Métodos mecánicos

- Hemoclip
 - Bandas elásticas





- **Terapéutica endoscópica – estigma de alto riesgo**
 - Inyección de Adrenalina sola es superior a terapia de supresión de ácido sola
 - La adrenalina como monoterapia debe ir acompañada de la colocación de clips o aplicación de termocoagulación
 - Ninguna terapia ablativa o mecánica fue superior entre ellas



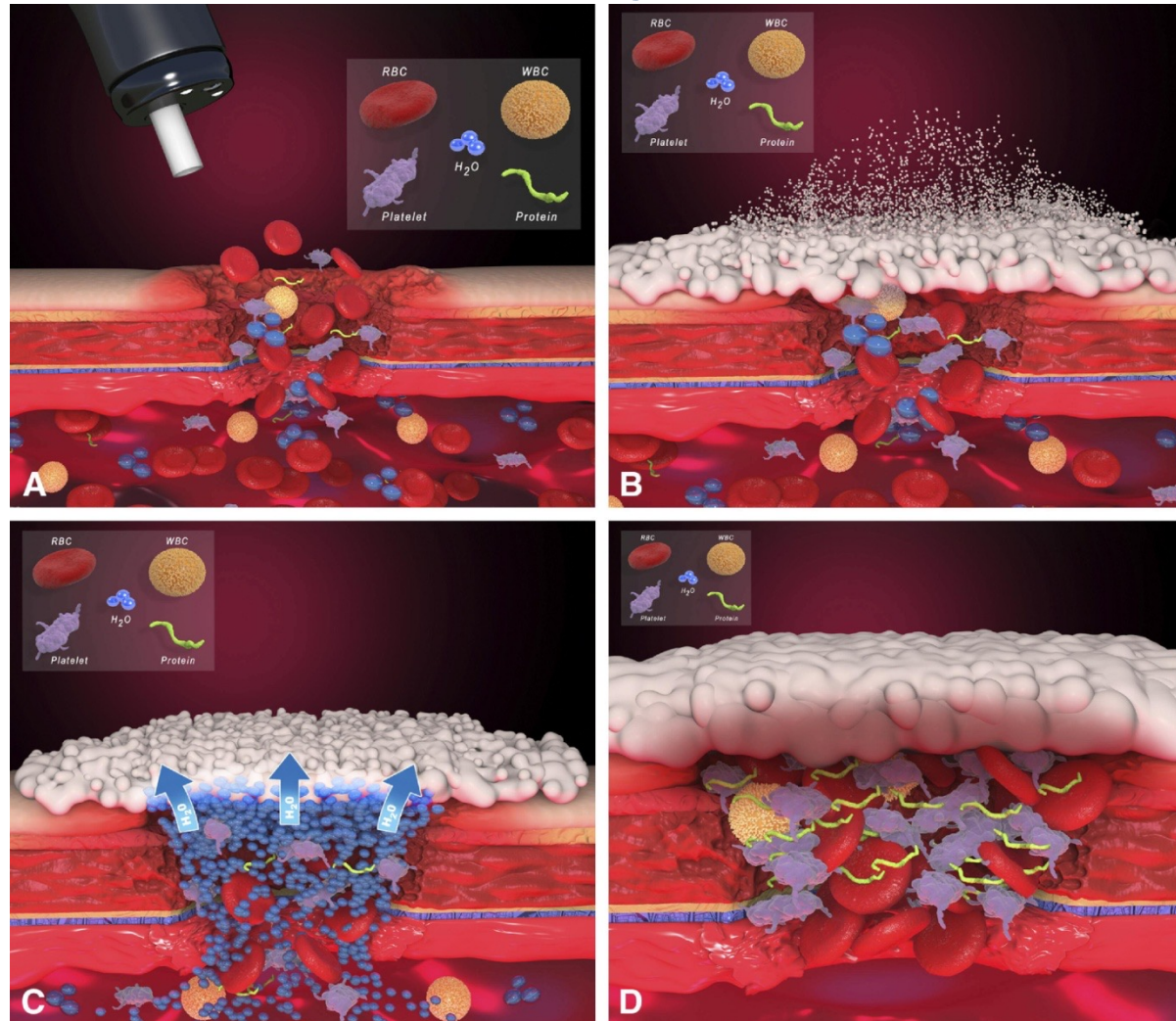


- **Terapéutica endoscópica**
 - Es recomendada la terapéutica combinada
 - Terapia térmica + Inyección
 - Disminuyen resangrado, cirugía y muerte
 - La monoterapia ya sea inyección o coagulación térmica es efectiva en los estigmas de alto riesgo, sin embargo, la combinación de ambos es superior a un solo tratamiento (Recomendación 1A)

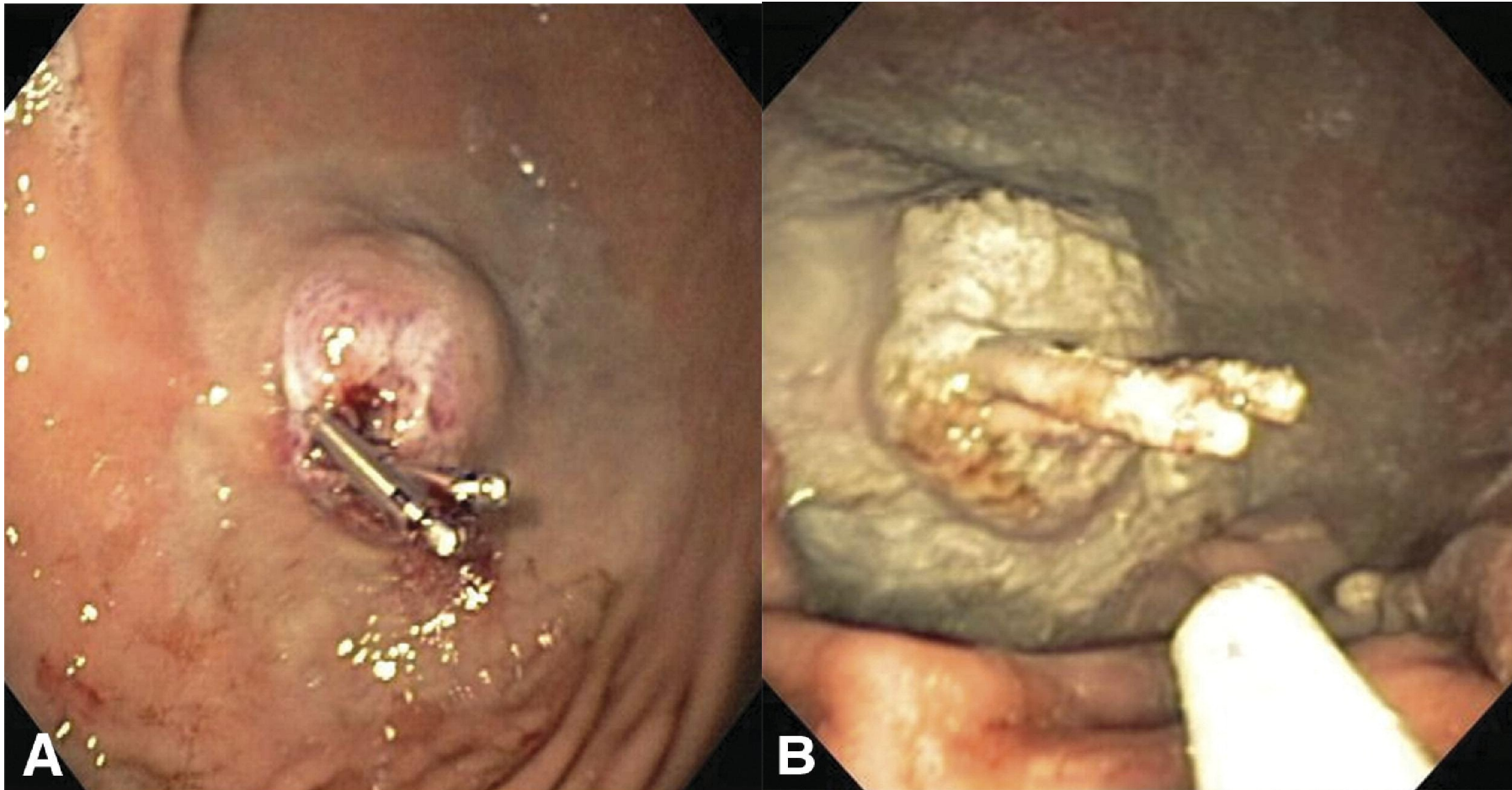


- **Otras terapéuticas endoscópicas**
 - Métodos de ablación térmica
 - HALO®
 - Métodos mecánicos
 - Instinct® Hemoclip
 - OVESCO®
 - Métodos Hemostáticos
 - Hemospray®
 - Endoclot®
 - Ankaferd Blood Stopper®

HDA – No Variceal Hemospray®



HDA – No Variceal Hemospray®



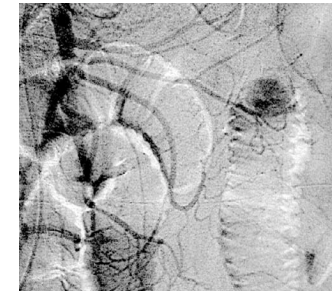


HDA – No Variceal



- **Hemodinamia**

- Se la debe considerar en situaciones de urgencia por hemorragia que pone en riesgo la vida del paciente por importante inestabilidad hemodinámica y en caso de fracaso de tratamiento endoscópico o recidiva del sangrado luego de dos intentos terapéuticos
- Visualiza sangrado de arterial con una fuga de por lo menos 0.5 mL/min



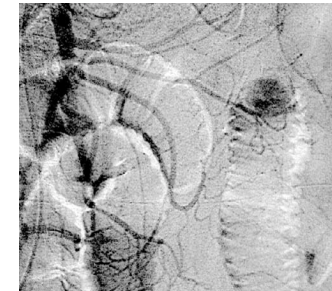
Laing CJ, Tobias T, Rosenblum DI, Banker WL, Tseng L, Tamarkin SW. Acute Gastrointestinal Bleeding: Emerging role of multidetector CT Angiography and review of current imaging techniques. RadioGraphics 2007; 27: 1055-1070.

HDA – No Variceal



- **Hemodinamia**

- Sensibilidad de entre 63 y 90 % y especificidad del 100 % para HDA
- Utilidad como estudio preoperatorio para mapeo vascular y como parte de procedimiento intervencionista para tratar de detener el sangrado en pacientes con alto riesgo quirúrgico

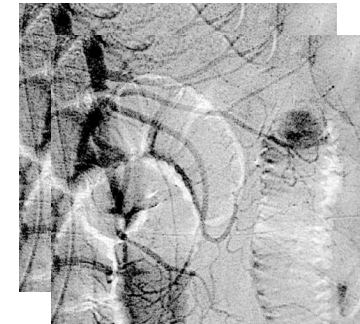


HDA – No Variceal



- **Hemodinamia**

- El tronco celíaco y la arteria mesentérica superior son las dos primeras ramas de la aorta abdominal y tienen muchas colaterales que irrigan la parte alta del tubo gastrointestinal, lo que disminuye el riesgo de isquemia post tratamiento



-Stallard DJ, Tu RK, Gould MJ, Pozniack MA, Pettersen JC. Minor vascular anatomy of the abdomen and pelvis: a CT atlas. *RadioGraphics* 1994; 14(3): 493-513.

-Horton KM, Fishman EK. Volume-render 3D CT of the mesenteric vasculature: normal anatomy, anatomic variants and pathologic conditions. *RadioGraphics* 2002; 22(1): 161-172.

Cirugía de la úlcera gástrica



- Las indicaciones quirúrgicas para una úlcera gastroduodenal dependen de la masividad del episodio hemorrágico su persistencia a pesar del tratamiento endoscópico o su reiteración durante los primeros días.
- La resección de la úlcera gástrica es el tratamiento quirúrgico ideal esto se puede lograr casi siempre con alguna dificultad en las úlceras muy altas o yuxtacardiales en donde para evitar una gastrectomía total se pueden emplear algunos recursos técnicos como la operación de Pauchet o gastrectomía en escalera.

Cirugía de la úlcera gástrica

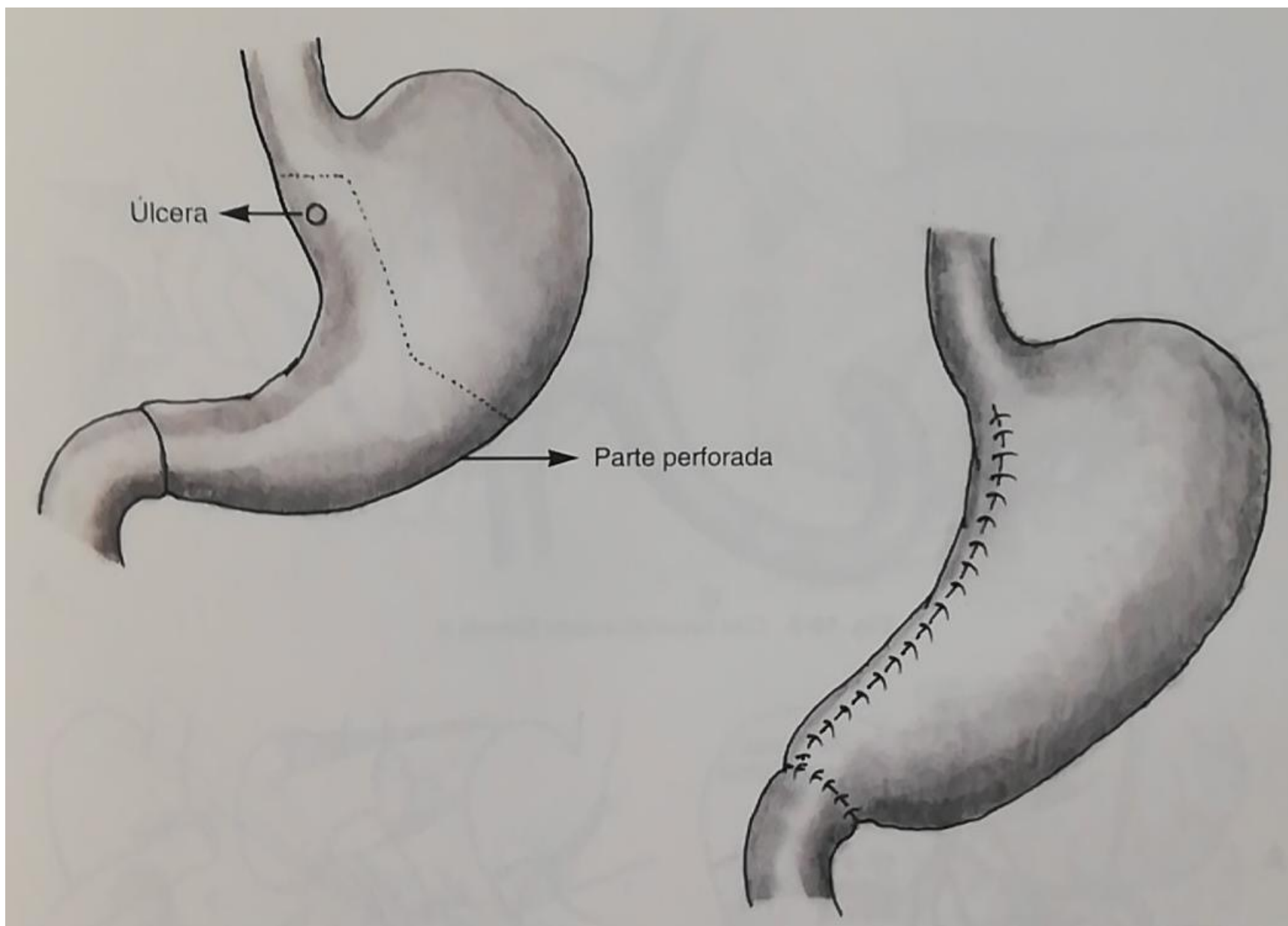


- Cuando no se puede realizar la resección o existe un tejido periulceroso inflamatorio que dificulta otro recurso, se realiza la hemostasia directa de la úlcera sangrante y luego una gastrectomía distal a la misma.
- Esta es la operación de Kelling-Madlener en los procedimientos en los cuales se deja la úlcera es necesario biopsiarla previamente; si el paciente está muy comprometido solamente se realiza una gastrotomía y hemostasia directa sobre la úlcera dejando el tratamiento definitivo para una segunda instancia.

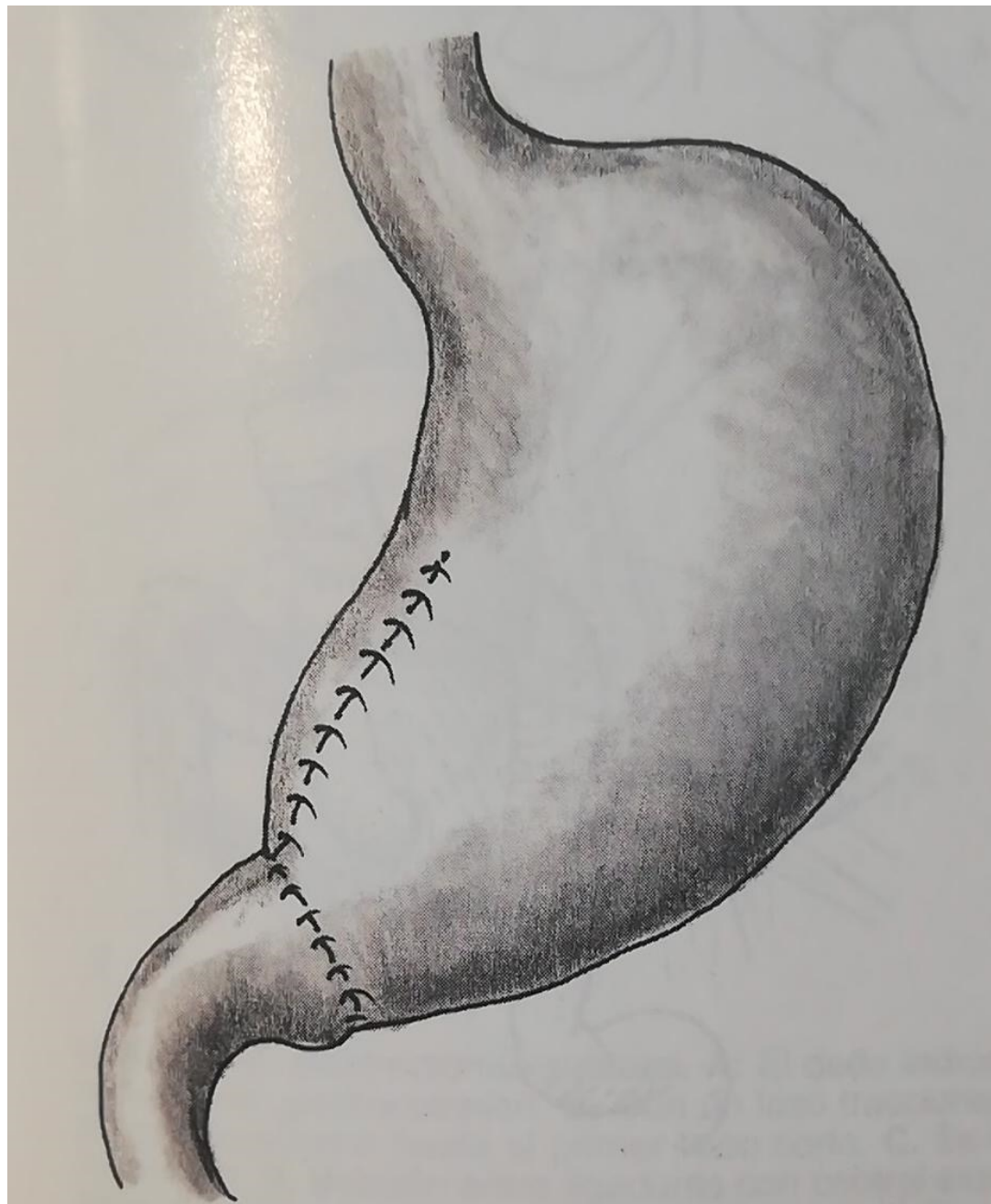
Cirugía de la úlcera gástrica



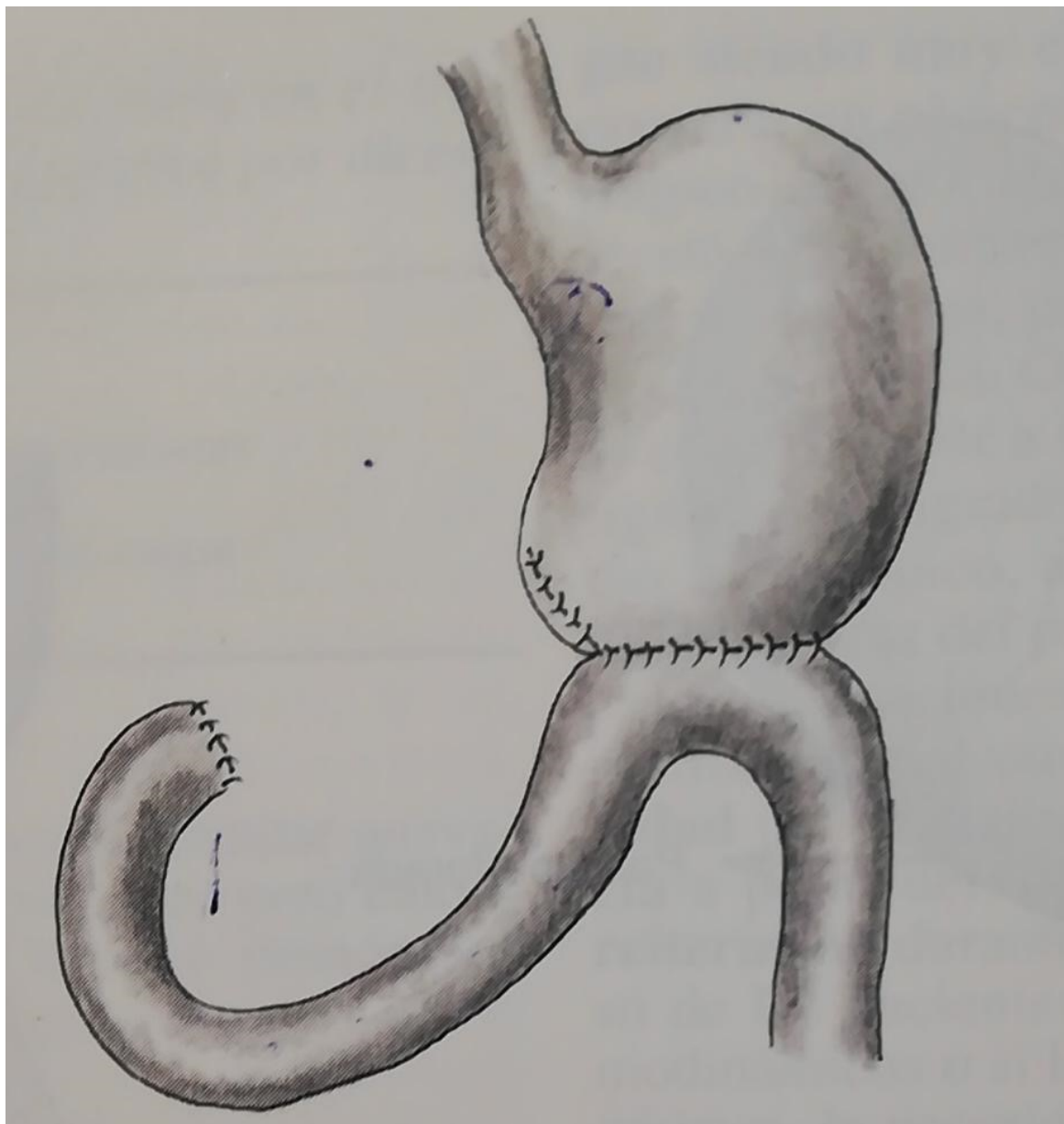
- En las úlceras gástricas que acompañan a una úlcera duodenal o son prepilóricas se debe agregar una vagotomía troncular o selectiva para la disminución de la secreción ácida gástrica.
- La reconstrucción del tránsito luego de las resecciones se realiza mediante la confección de una anastomosis Billroth I o II, dependiendo la experiencia del grupo quirúrgico aunque se señalan algunas ventajas con la confección de una gastroduodenostomía o reconstrucción B I.



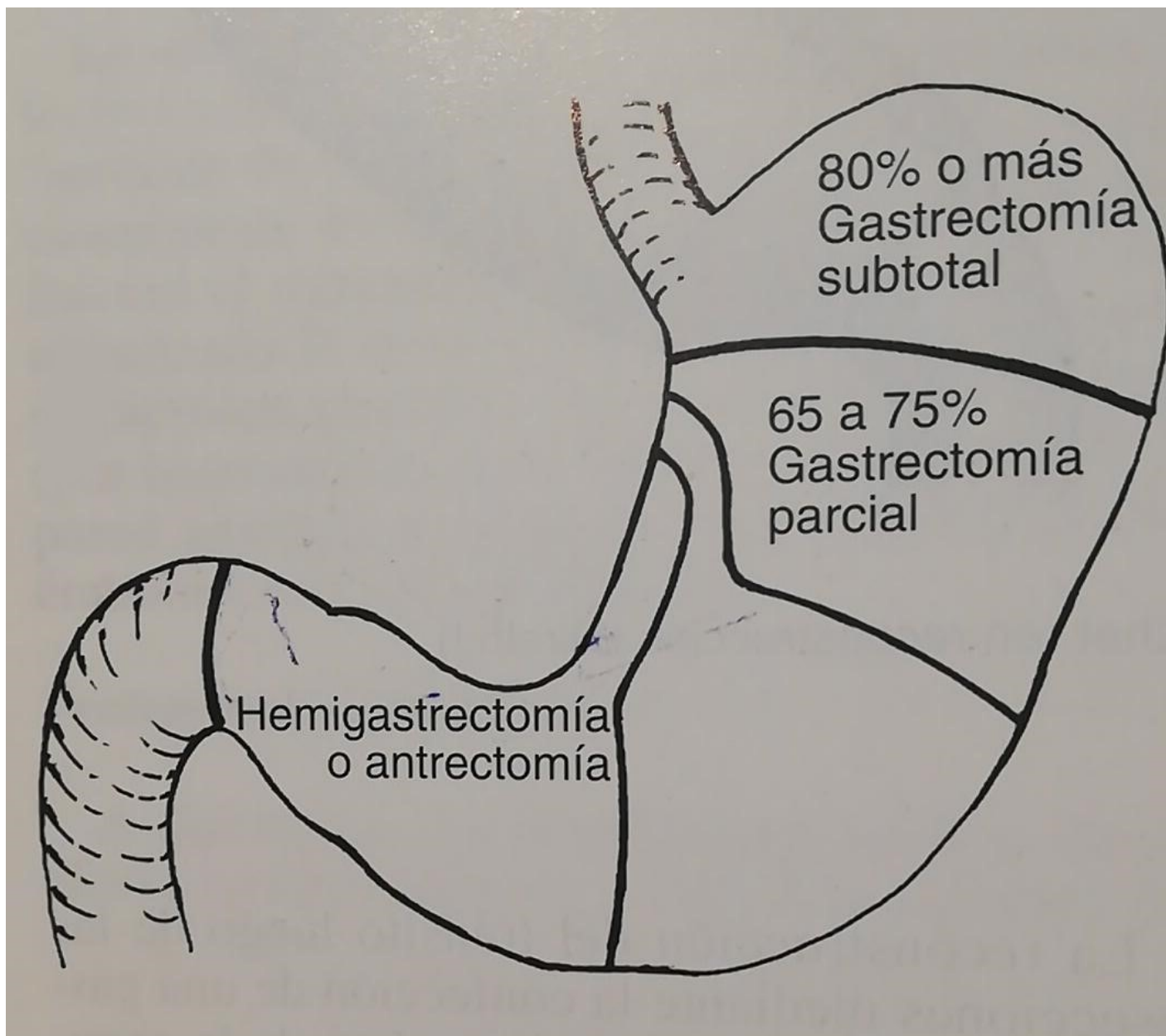
Esquema de
técnica de
Pauchet



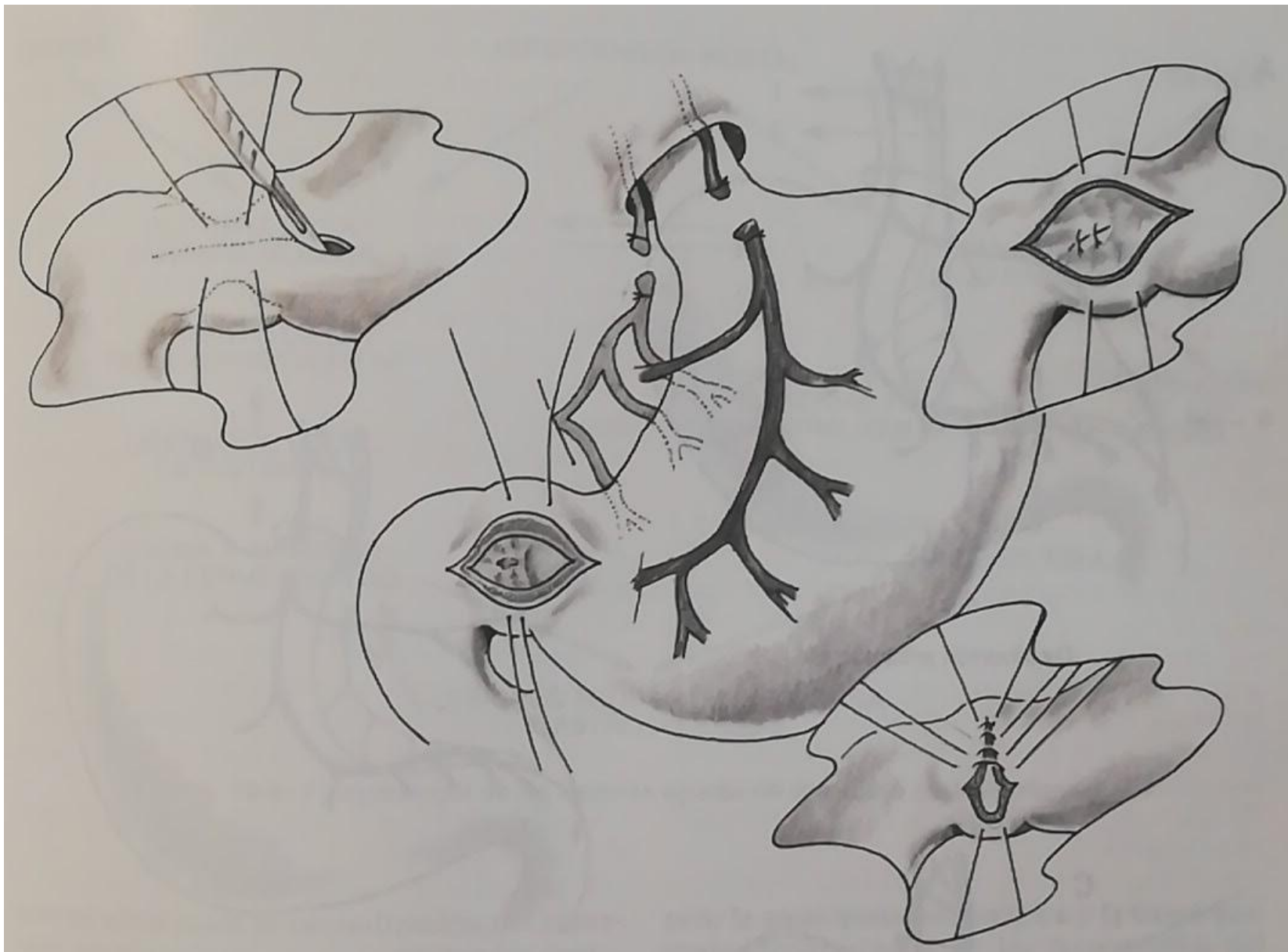
Reconstrucción
Billroth I



Reconstrucción
Billroth II



Magnitud de las
resecciones
gástricas



Vagotomía y
piloroplastia

Cirugía de la úlcera duodenal



- El tratamiento ideal para una úlcera duodenal son la antrectomía y la vagotomía tratando de incluir en la recepción a la úlcera o la hemostasia directa de la úlcera mediante una antro píloroduodenotomía y confección de una piloroplastia agregando una vagotomía que puede ser troncular o selectiva.

HDA – No Variceal



-Terapéutica médica post-tratamiento

- Omeprazol EV
 - 80 mg en bolo, luego 8 mg/h EV x 72 hs
 - Sangrado en jet (Forrest Ia)
 - Vaso visible (Forrest IIa)
 - Rezumante venoso (Forrest Ib)
 - Coágulo adherido (Forrest IIb)
- Omeprazol VO
 - Mancha parda (Forrest IIc)
 - Fondo fibrina (Forrest III)
- Realizar test para H. Pilory y tratar si es positivo (1 A)





-Hospitalización

- Deben permanecer internados
 - Estigmas de alto riesgo (sangrado activo, vaso visible, coágulo adherido)
 - Al menos por 3 días (en caso de no presentar resangrado ni otras causas de hospitalización)
 - Alimentar en forma temprana con líquidos claros x vía oral



-Hospitalización

- Pueden manejarse en forma ambulatoria
 - Base de úlcera limpia (fibrina)
 - Hemodinamicamente estable, Hemoglobina estable
 - Sin otros problemas médicos ni sociales activos
 - Pacientes con bajo riesgo de resangrado después de la endoscopia pueden alimentarse dentro las 24hrs (1 A)

-Prevención de la recurrencia a largo plazo

- Úlcera + *Helicobacter pylori* (+)
 - Erradicarlo
 - Mantener IBP, solo si AINE (+)
- Úlcera + AINE (+)
 - Suspenderlo de ser posible
 - Sino asociar IBP
- Úlcera idiopática
 - IBP a largo plazo

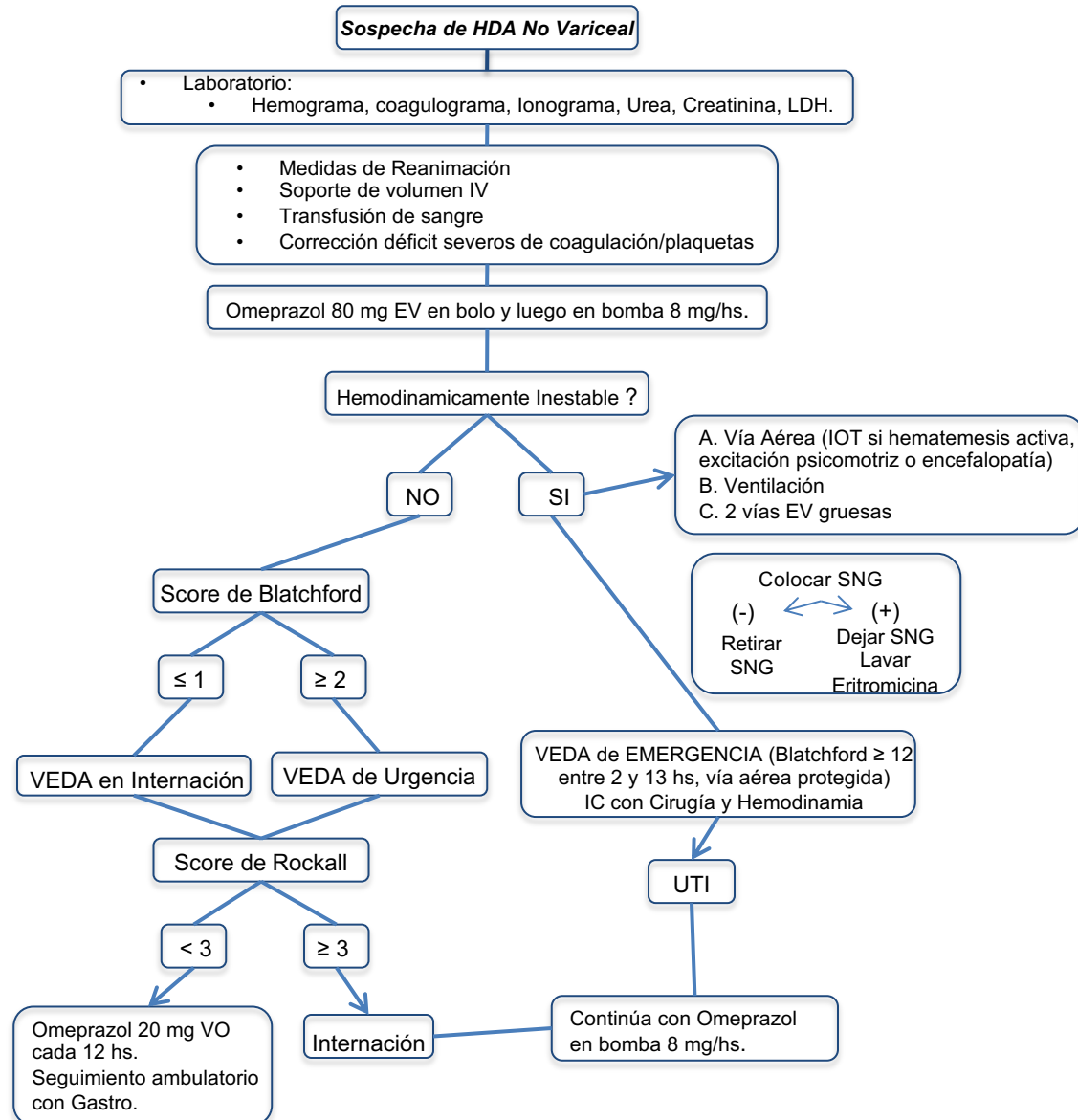


HDA – No Variceal

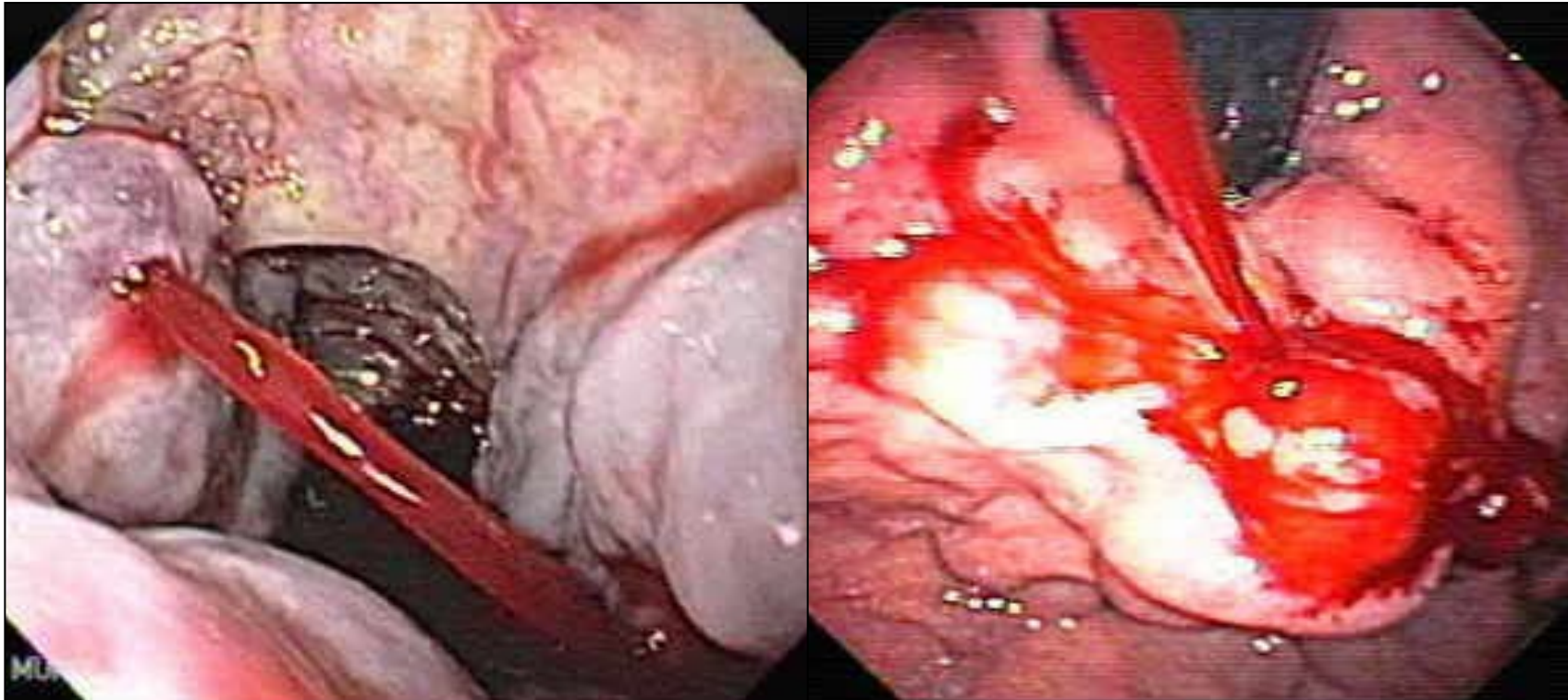
- Base de úlcera limpia (fibrina)
- Hemodinámicamente estable, Hb estable
- Sin otros problemas médicos ni sociales activos
- Pacientes con bajo riesgo de resangrado después de la endoscopia pueden alimentarse dentro las 24hrs (1 A)

• Laine L. et al. Am J Gastroenterol 2012; 107:345-360 Barkun A. et al. Ann Intern Med. 2003 Nov 18;139(10):843-57

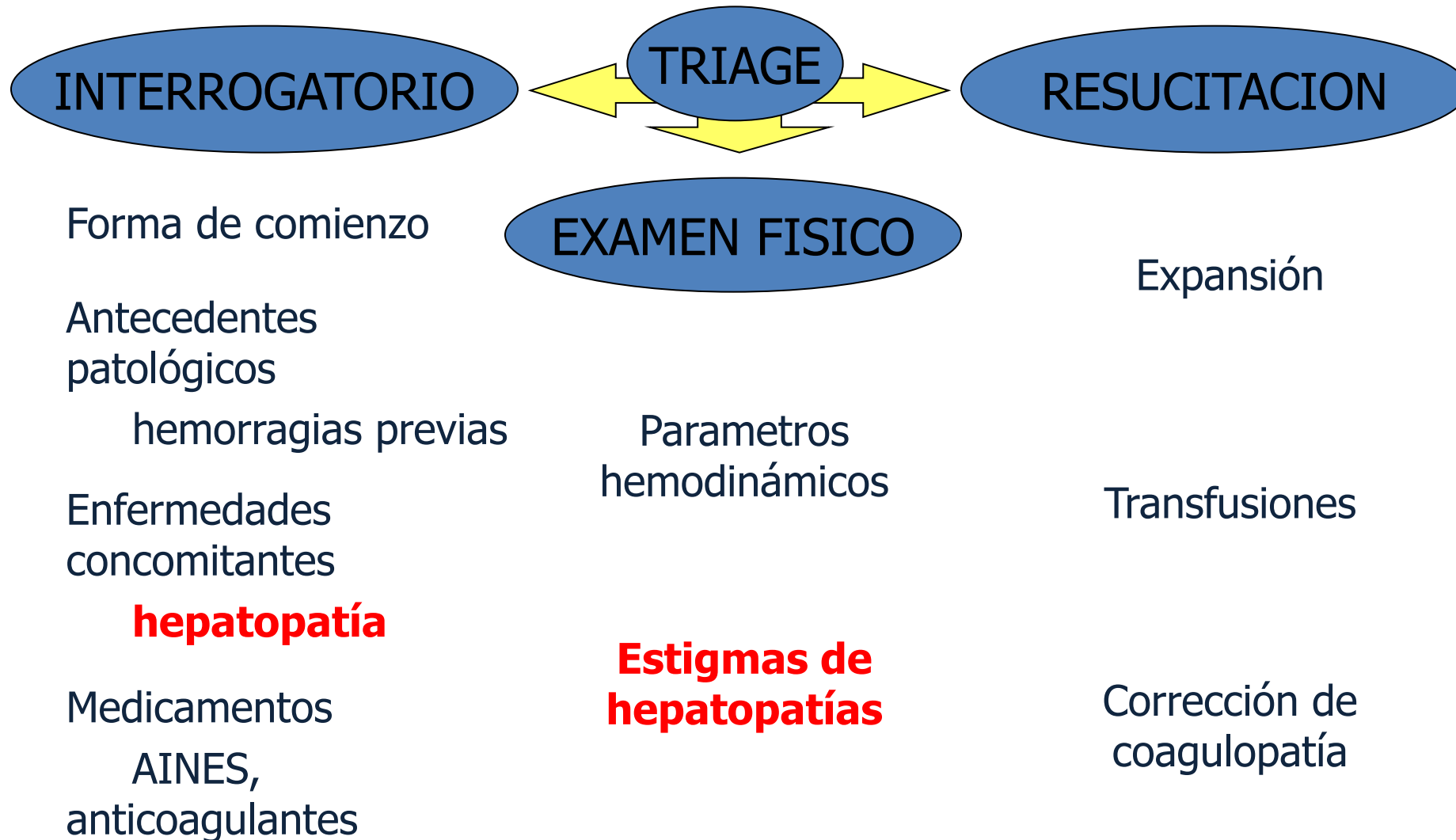
Algoritmo HDA No Variceal



- **Hemorragia Digestiva Alta
Variceal**



HDA Variceal: Enfoque inicial



HDA Variceal



- Varices esófago-gástricas
 - Aprox 30% con cirrosis compensada
 - Aprox. 60% con cirrosis descompensada
- Sangrado variceal
 - Tasa anual de 1er sangrado variceal aprox 12%
 - (5% varices chicas y 15% varices grandes)
- Alto riesgo de sangrado
 - Varices grandes, puntos rojos, enfermedad hepática avanzada (Child B – C)



- **Várices esofágicas:**

- Clasificación:

<i>Tamaño de las várices</i>	<i>Clasificación de dos tamaños</i>	<i>Clasificación de tres tamaños</i>
Pequeñas	< 5 mm	Venas mínimamente elevadas sobre la superficie mucosa esofágica
Medianas	–	Venas tortuosas que ocupan menos de un tercio de la luz esofágica
Grandes	> 5 mm	Venas que ocupan más de un tercio de la luz esofágica



- **Várices gástricas:**

- Clasificación:

- **Várices esófago-gástricas (GOV)**
 - Tipo I (GOV 1): se extienden hacia la curvatura menor
 - Tipo II (GOV II): se extienden por la curvatura mayor hacia el fundus
- **Várices gástricas aisladas**
 - Tipo I (IGV 1): localizadas en el fundus
 - Tipo II (IGV II): en cualquier otra localización

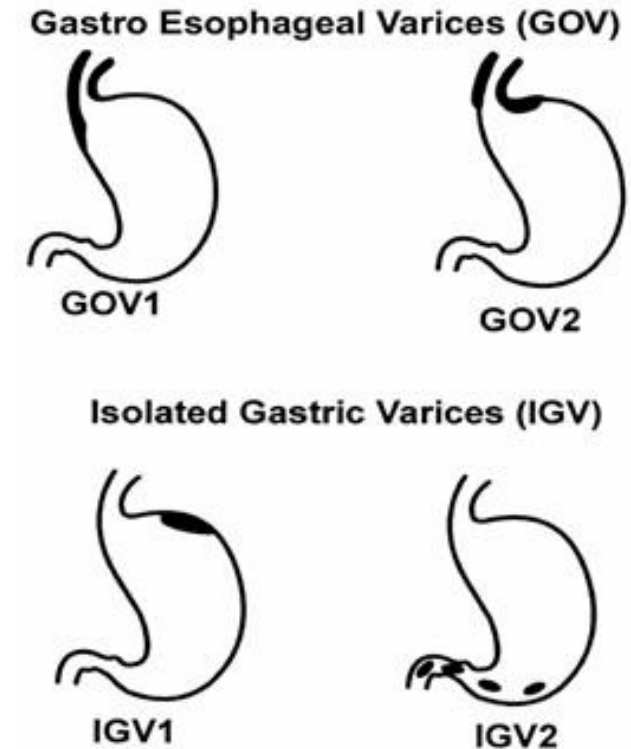


Figure 1. Classification of GV. From Sarin et al.⁶ with permission.



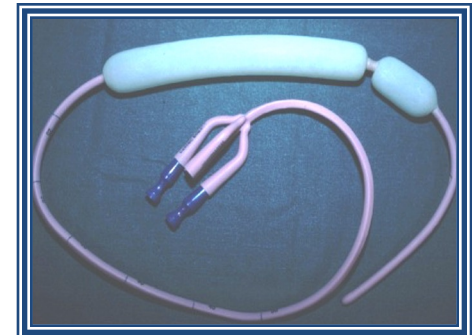
- **Indicadores de mal pronóstico (2b; B)**
 - Child-Pugh C
 - Sangrado activo durante la endoscopia
 - Infección bacteriana
 - Trombosis de la vena porta
 - Hepatocarcinoma
 - Gradiente de HT portal > 20 mm.Hg
 - Falla renal
 - Niveles predominantemente elevados de TGO

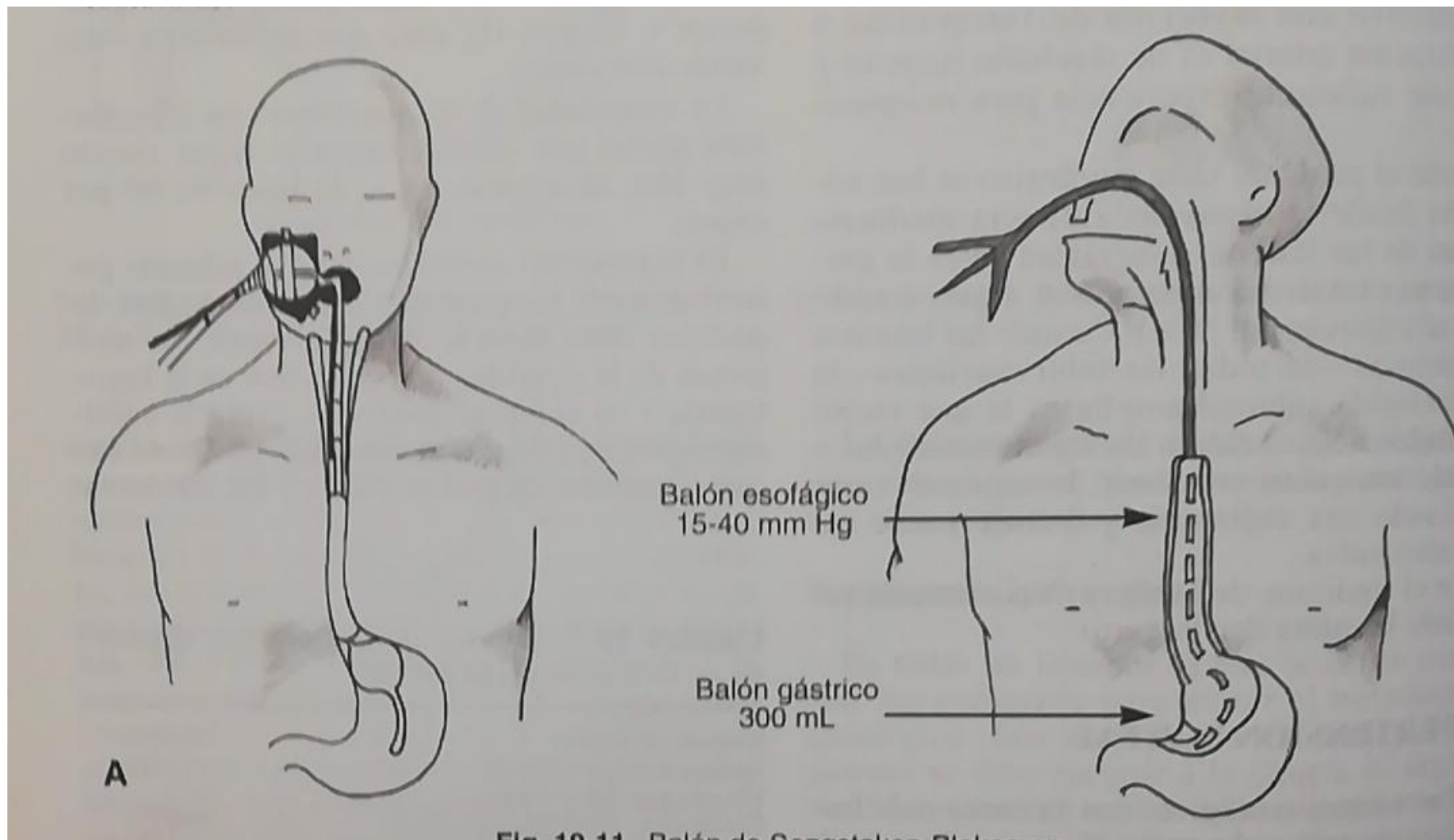


- **Tratamiento del episodio de sangrado**
 - Internación en UTI
 - Reposición cautelosa de flúidos
 - Objetivo: TA 90-100 mmHg / FC 100 x '
 - Transfusión de sangre
 - Objetivo: Hto 21-27% / Hb 7-9 g/dl
 - Mantener una hemoglobina aproximadamente en 8 g/dl, teniendo en cuenta factores de comorbilidad, edad, estado hemodinámico y presencia de sangrado activo. (1b A)
 - Coagulopatía? Trombocitopenia? Sin evidencias



- **Tratamiento del episodio de sangrado**
 - Protección de la vía aérea
 - Ptes con sangrado masivo, deterioro de la conciencia (encefalopatía G^o III – IV) o falla respiratoria.
 - Balón de Sengstaken-Blakemore
 - Para ptes con hemorragia masiva con compromiso hemodinámico sin rta a la reposición de fluidos EV
 - Solo como puente a otra terapéutica
 - Alto índice de resangrado





Balón de Sengstaken - Blakemore



- **Tratamiento farmacológico del episodio de sangrado**
 - Drogas vasoactivas
 - Deben ser utilizadas tan pronto como sea posible en pacientes con sospecha de sangrado variceal, inclusive antes de la endoscopia (1b; A)
 - Terlipresina, somatostatina, ocreotide. Deben ser mantenidas por 2 a 5 días (1b; A)
 - El uso por 5 días reduce el resangrado

- **Tratamiento farmacológico del episodio de sangrado**

- Terlipresina

- Derivado de vasopresina
- Mejora la sobrevida
- No recomendado en enf. cardiovascular, vasculopatía periférica, HTA no controlada
- Dosis 2 mg c/ 4 hs, luego 1 mg c/4 hs



- Somatostatina

- Inhibe la secreción hormonas vasodilatadoras
- Disminuye el sangrado, facilita el estudio. No mejora sobrevida
- Dosis: 250 ug bolo -> 250 ug/hs

- Ocreotide

- Dosis: 50 ug bolo -> 50 ug /hs

HDA Variceal



- **Tratamiento endoscópico del episodio de sangrado**
 - 80% control de sangrado
 - Escleroterapia no demostró diferencias significativas (control de sangrado, resangrado y mortalidad) al compararla con somatostanina o derivados
 - Ligadura: Similar efectividad, menos efectos adversos





- **Tratamiento endoscópico del episodio de sangrado**
 - Se recomienda en todos los pacientes que presentan sangrado variceal (1a; A)
 - El Banding es la forma recomendada aunque la escleroterapia puede ser utilizada si la ligadura es técnicamente dificultosa (1b; A)
 - La terapéutica con adhesivos tisulares (Cianoacrilato) para el sangrado de várices gástricas (1b; A)
 - El tratamiento endoscópico ofrece mejores resultados en asociación con tratamiento farmacológico (1a; A)



- “Timing” de la endoscopia
 - Tan pronto como sea posible (dentro de las 12 hs), especialmente en pacientes con descompensación hemodinámica



De Franchis R. *J Hepatol*. 2005 Jul;43(1):167-76
Bittencourt P. L. et al. *Arq Gastroenterol*. 2010; Apr-Jun;47(2):202-16
Garcia-Tsao G. et al. *N Engl J Med* 2010; 362: 823-32
Labrecque D., Dite P. Et al. *WGO Practice Guidelines*. 2008



- **Prevención y manejo de las complicaciones**
 - Pesquisar infecciones
 - ITU, PBE, respiratorias
 - Profilaxis ATB es mandatoria en todo cirrótico con HD al momento del ingreso hospitalario (1a ; A)
 - Disminuye el riesgo de resangrado y muerte
 - Norfloxacin 400 mg VO c/12 hs o Ceftriaxona 1 gr EV c/24 hs x 7 días
 - Pesquisar y prevenir el SHR

De Franchis R. *J Hepatol*. 2005 Jul;43(1):167-76

Bittencourt P. L. et al. *Arq Gastroenterol*. 2010; Apr-Jun;47(2):202-16

Labrecque D., Dite P. Et al. *WGO Practice Guidelines*. 2008

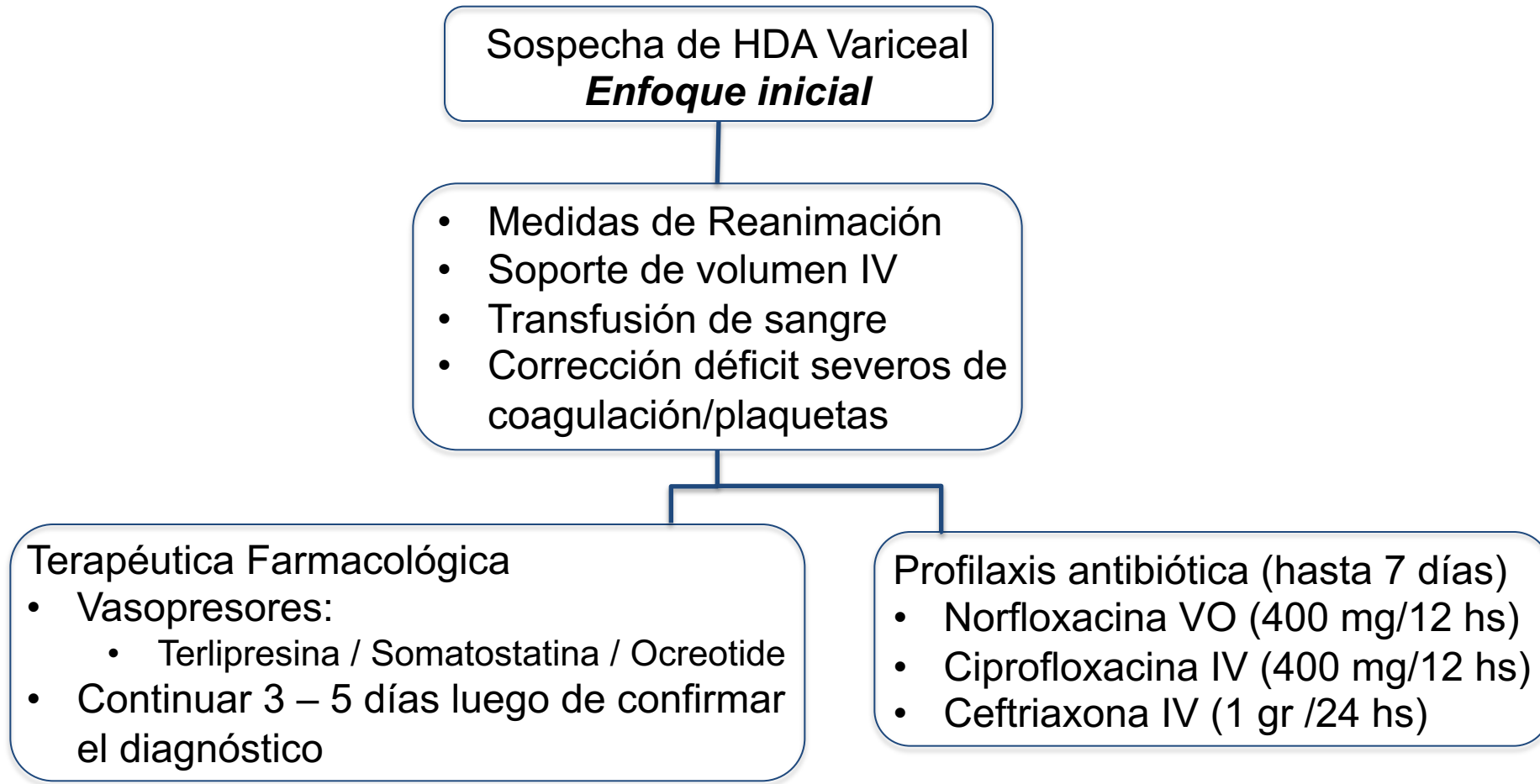


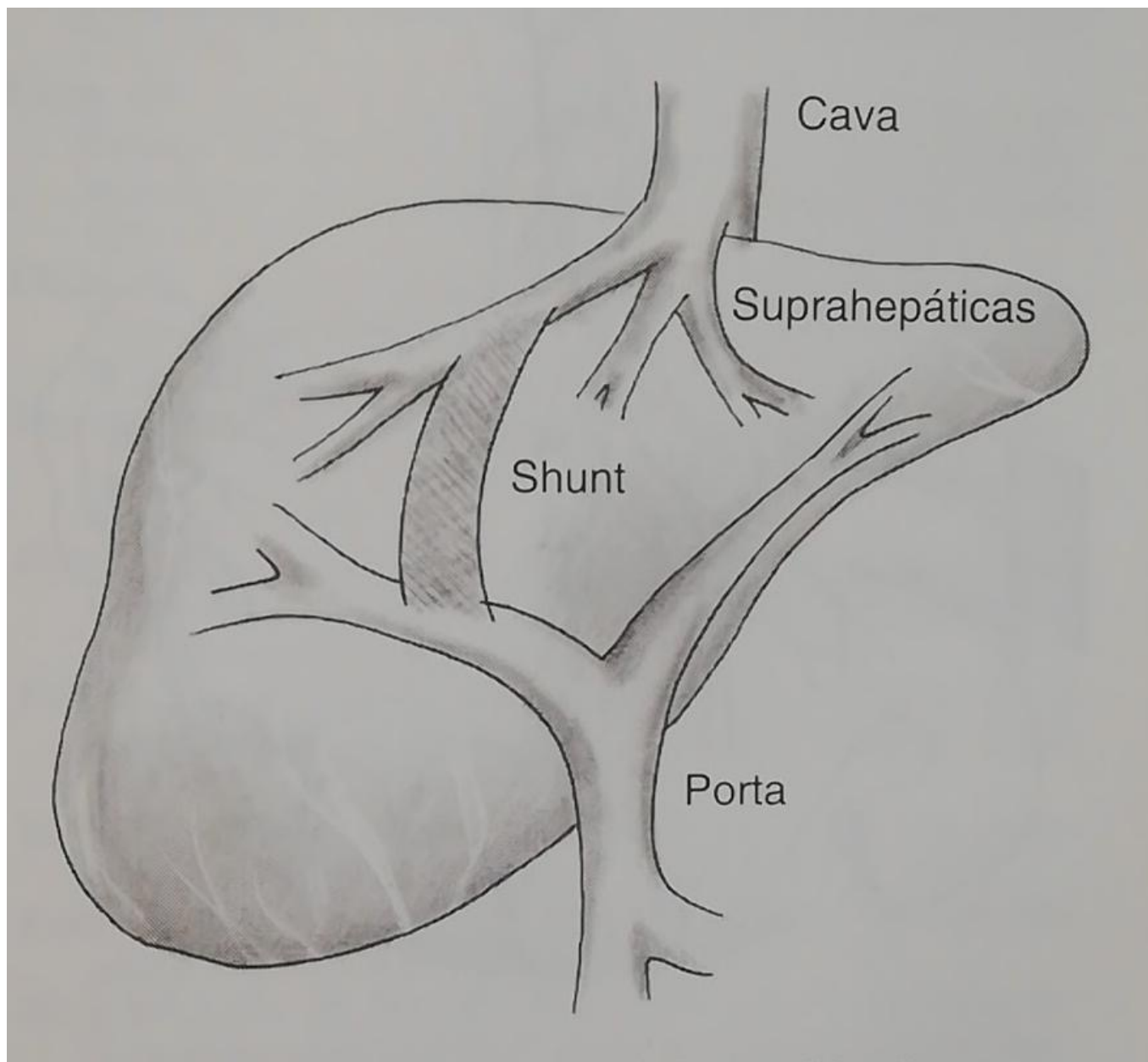
Falla del tratamiento - Resangrado

- Revalorar de nuevo el paciente y el tratamiento
- Instituir tto. farmacológico o endoscópico en aquellos que no hayan recibido terapia combinada
- Segundo tto. endoscópico
- Aumento de dosis de vasopresores
 - Terlipresina hasta 2 mg c/ 4 hs
 - Somatostatina hasta 500 mcg/h



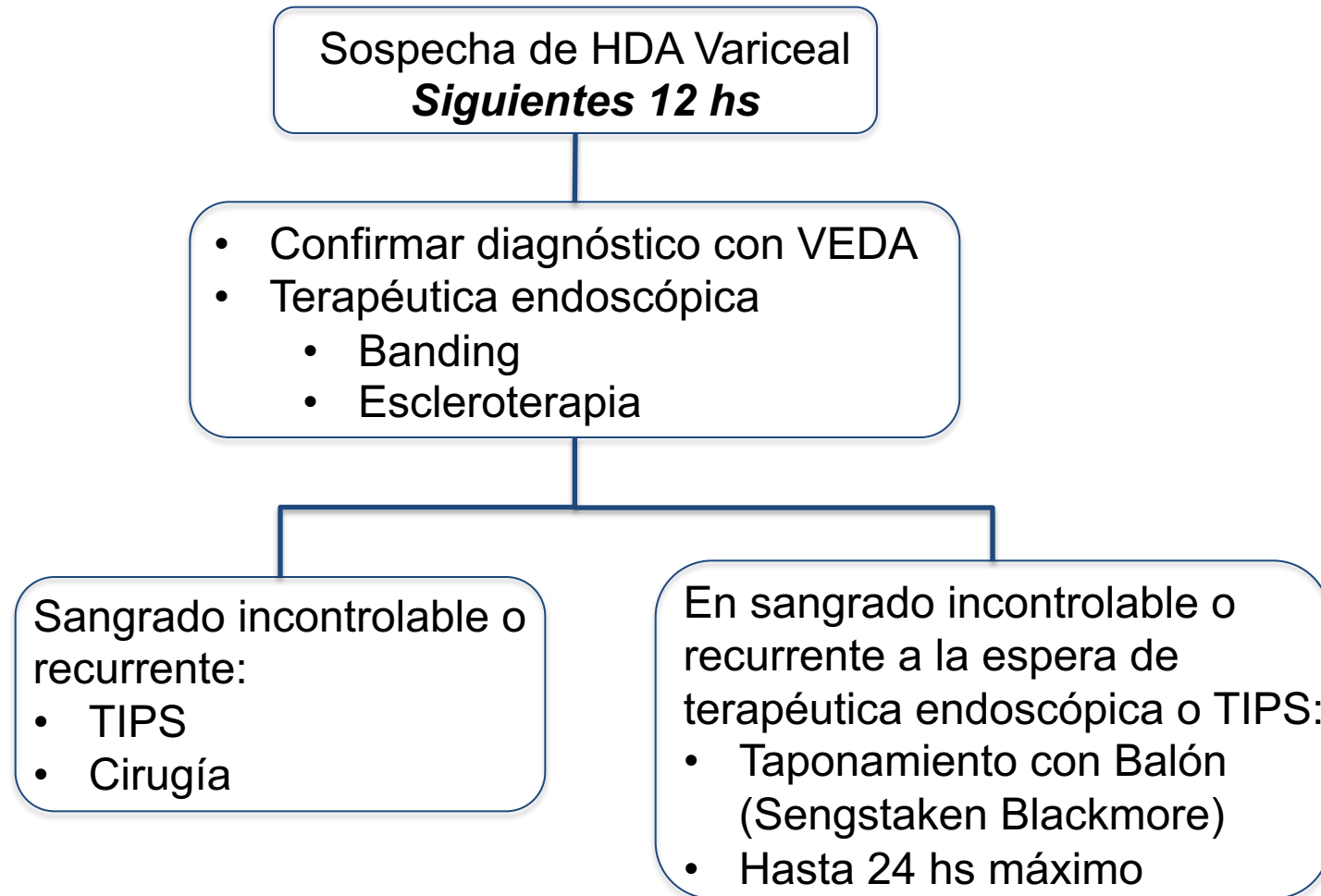
HDA Variceal Algoritmo



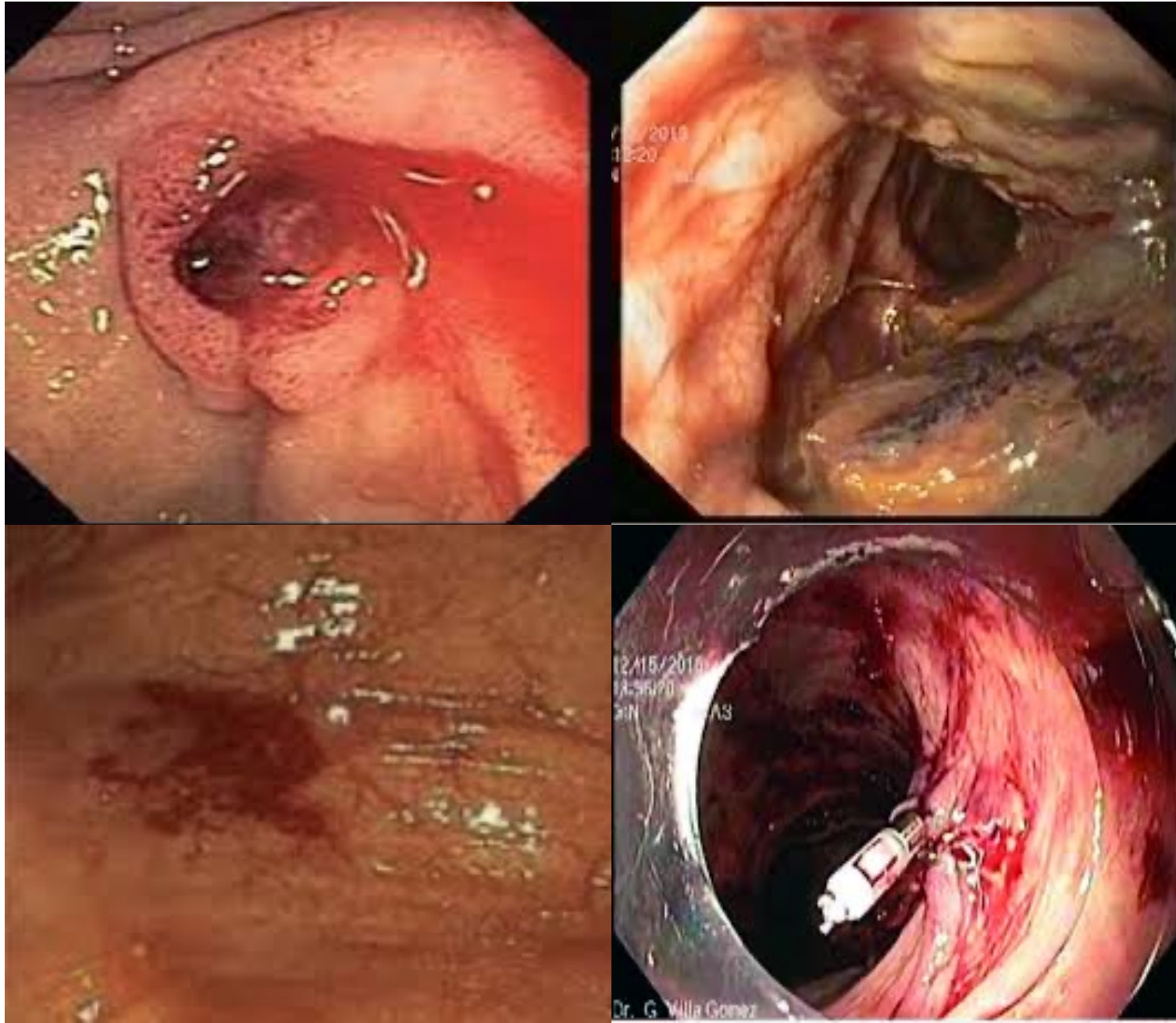


Shunt Portocava
intrahepático
transyugular
(T.I.P.S.)

HDA Variceal Algoritmo



- **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA**





HDB. Generalidades

- Ocurre en aproximadamente el 20% de todos los casos de sangrado agudo gastrointestinal
- Incidencia es de 20,5 a 27 casos por 100.000 adultos
- Es 5 veces menos frecuente que la HDA
- Es más frecuente en hombres y la incidencia se incrementa con la edad

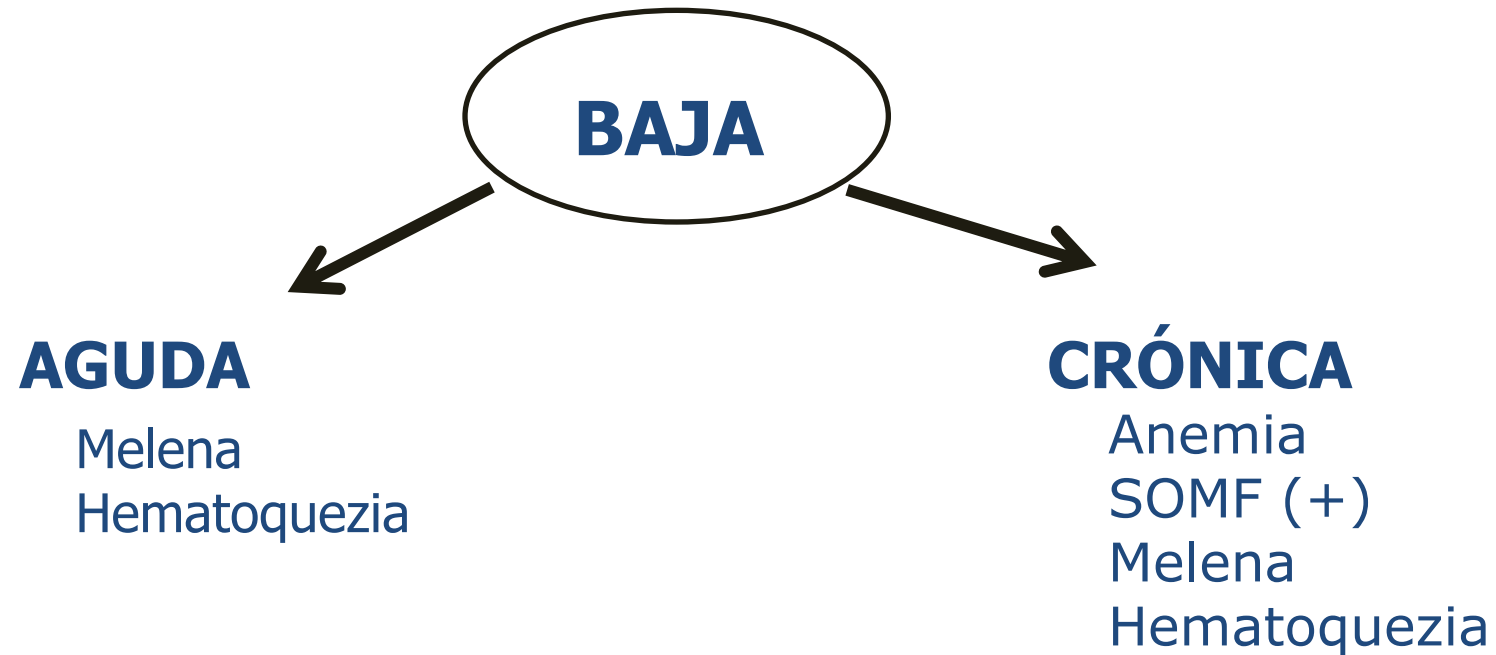


HDB. Generalidades

- 85 a 90% se autolimita, mientras que el 10 a 15% continúa con un sangrado persistente o recurrente
- La tasa de mortalidad global está en el rango de 2 a 4%
- Mortalidad es más común en los adultos mayores, aquellos con isquemia intestinal y comorbilidades



HDB. Clasificación





HDB. Clasificación

Por la intensidad:

- Oculta
- Aguda (definición arbitraria): < 3 días de duración
 - Leve
 - Masiva o Grave
- Crónica: pasaje de sangre por el recto durante un periodo de varios días o más y que generalmente implica pérdida de sangre lenta e intermitente

HDB. Etiología

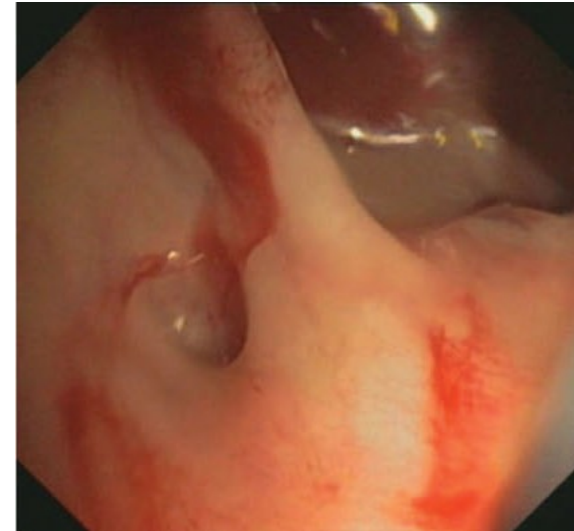


Frecuentes

- Divertículos
- Ectasias vasculares

Menos frecuentes

- Neoplasias
- Sangrado postpolipectomía
- EII
- Colitis: actínica, infecciosa, pseudomembranosa



Causas raras

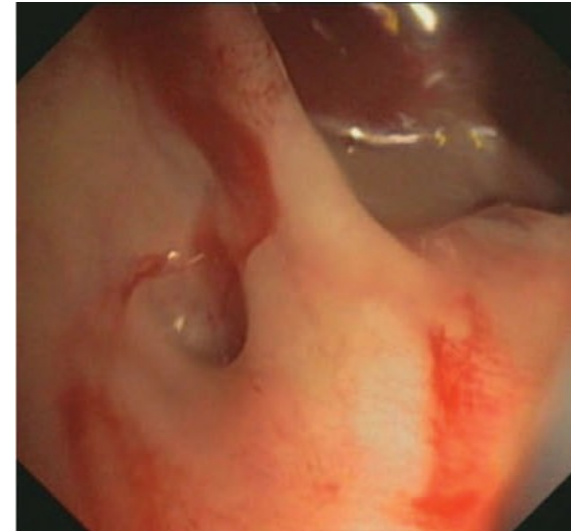
- Lesiones de Dieulafoy
- Úlcera rectal solitaria
- Várices rectales



HDB. Etiología

Más frecuentes en edada avanzada

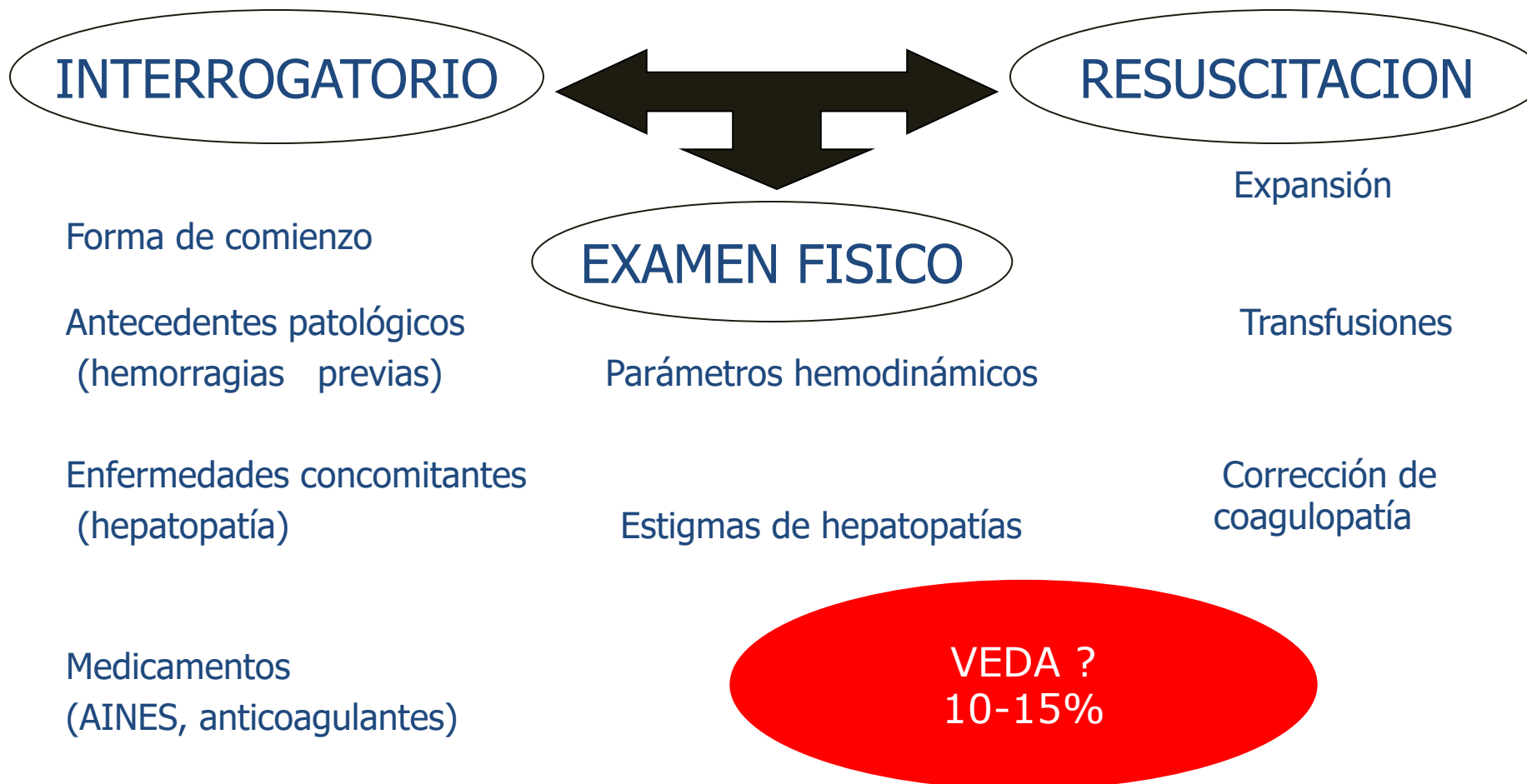
- Diverticulos
- Ectasias vasculares
- Neoplasias



Más frecuentes en pacientes jóvenes

- EII
- Colitis
- Patología anorrectal

HDB. Enfoque Inicial



HDB. Enfoque Inicial



- Evaluar el estado hemodinámico: la gravedad de la HDB depende de su repercusión hemodinámica
- Confirmar la HDB y evaluar sus características: realizar tacto rectal y exploración anal
- Exploración física completa: cardiorrespiratoria, nivel de conciencia y exploración abdominal

HDB. Enfoque Inicial



- Sangre de color rojo vivo, que recubre las heces o aparece tras la defecación, sugiere patología ano-orificial
- Sangre de color rojo oscuro o granate, mezclada con las heces o como único componente de la defecación, indica HDB de origen no hemorroidal
- La melena sugiere HDA pero también HDM o de CD

HDB. Estratificación de riesgo



Se puede considerar **HDB grave** a:

- Rectorragia presente en las primeras horas de ingreso

+

- PAS < 100 mmHg

- FC > 100 lpm

- Síncope no explicado por otras causas,

- Hb < 9 g/dl en ausencia de anemia crónica previa

- Descenso de la Hb > 2 g/dl



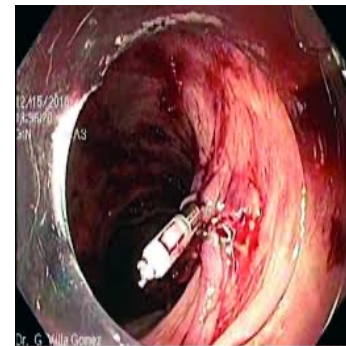
HDB no grave

- Análisis de laboratorio con hemograma, coagulación, función renal y hepática y dejar acceso e.v.
- Considerar la reserva de concentrados de hematíes (CdH).
- Dieta sin residuos en previsión de una VCC
- En función de los resultados analíticos evaluar la necesidad de ingreso o la posibilidad de manejo ambulatorio.



HDB no grave

- La VCC será diagnóstica cuando se observe lesión con hemorragia activa o un estigma de hemorragia reciente (vaso visible, coágulo adherido, úlcera con fibrina, neoplasia) o dará un diagnóstico presuntivo cuando se observe una lesión potencialmente sangrante (por ejemplo, divertículos o angiodisplasias)

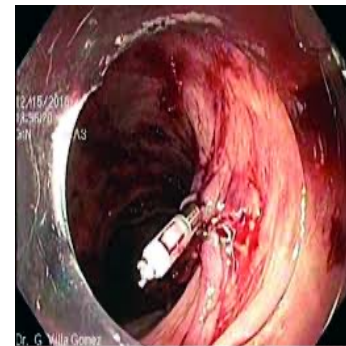


HDB. Conducta



HDB no grave

- La VCC se debe realizar dentro de las primeras 24-48 hs (sensibilidad del 67 al 88%, más allá de este período la sensibilidad se reduce significativamente a 48-22%), con estabilidad hemodinámica y adecuada preparación
- Tiene la ventaja de ser diagnóstica y terapéutica (aunque menos que la VEDA en HDA) y es el método de elección





HDB grave

- Laboratorio y dos vías periféricas, reserva de GR, ayuno, reposición de volemia con cristaloides y evaluar vía central y UTI si persistencia de descompensación
- En la hemorragia masiva (> 4 CdH en 1 h), la reposición de factores de la coagulación se realizará en función de los valores de fibrinógeno (PFC si $< 1,5$) y plaquetas (< 50000)

HDB. Conducta



HDB grave

- Transfusión de GR si HB menor a 7 g/dl
- Considerar VEDA luego de reanimación HD (10-20 % HDA, alta sospecha si melena, historia previa de HDA y/o urea/creatinina > 30)
- Solicitar Angio TC si el paciente permanece con descompensación HD o la VEDA es normal (fase arterial, portal y una retardada sensibilidad y especificidad del 90 y 99% en hemorragias masivas)

HDB.Tratamiento endoscópico



- Tratamiento de elección
- Varios métodos:
 - Inyección de epinefrina
 - Hemoclip
 - Térmico de contacto
 - Coagulación con argón plasma
 - Ligadura con bandas
 - Métodos combinados

HDB. Tratamiento endoscópico

Método Inyectable



- Vasoconstrictores y estimulantes de Coagulación
 - Adrenalina
 - Etanol
 - Solución hipertónica salina
 - Trombina
 - Solución hipertónica salina + Epinefrina
 - Epinefrina + Etanol



HDB. Tratamiento endoscópico

Método Mecánico



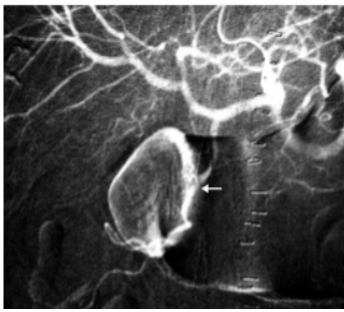
- Ligaduras
 - Útil en las lesiones vasculares
- Hemoclip
 - Útil al identificar vaso sangrante
 - Comportamiento arterial

Serían preferibles en:

Coagulopatías

2º Looks post TTO Térmico





HDB. Hemodinamia

- Se debe considerar en pacientes con inestabilidad hemodinámica persistente a pesar de las maniobras de reanimación, fracaso del tratamiento endoscópico y ausencia de identificación del sitio de sangrado durante las endoscopías con sangrado persistente
- Se puede considerar la infusión de vasopresina y/o la embolización terapéutica

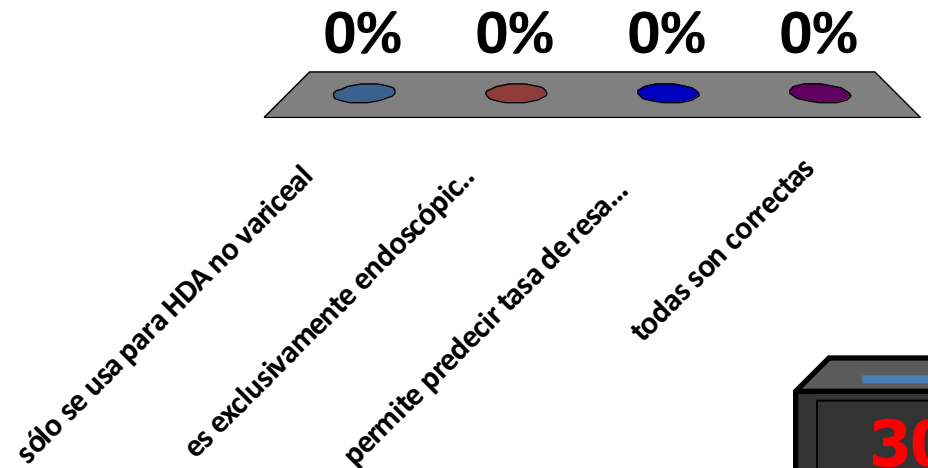
Athanasoulis CA, Waltman AC, Novelline RA, Krudy AG, Sniderman KW. Angiography. Its contribution to the emergency management of gastrointestinal hemorrhage. Radiol Clin North Am 1976; 14: 265-280. 25.

Welch CE, Hedberg S. Gastrointestinal hemorrhage. Part I. General considerations of diagnosis and therapy. Adv Surg 1973; 7: 95-148.

La clasificación de Forrest:

- A. sólo se usa para HDA no variceal
- B. es exclusivamente endoscópica, sin parámetros clínicos
- C. permite predecir tasa de resangrado y sugiere necesidad de terapéutica
- D. todas son correctas

Contador
de
contestaci
ones

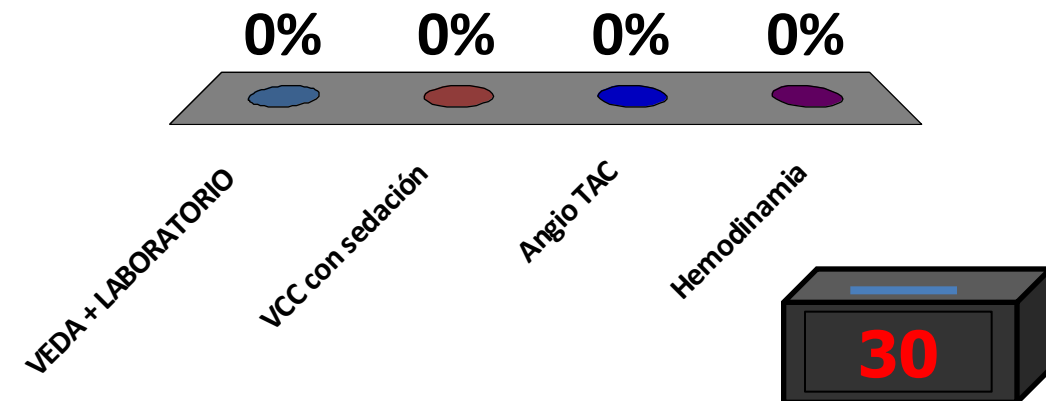


30

Ante una proctorragia que no descompensa al paciente, la conducta adecuada sería:

- A. VEDA + LABORATORIO
- B. VCC con sedación
- C. Angio TAC
- D. Hemodinamia

Contador
de
contestaci
ones



Muchas gracias!

alvarofalzone@gedyt.com.ar