



## Capítulo 32

### HEMORRAGIA DIGESTIVA

M. Amengual Occhi. - J. L. Martínez Potenciano

#### INTRODUCCIÓN

- ▲ Se denomina *hemorragia digestiva baja* (HDB) a aquel sangrado cuyo origen es distal al ángulo de Treitz y que se manifiesta por evacuación de sangre roja (**rectorragia**) o de heces con sangre (**hematoquecia**) por el orificio anal. Hay casos en que puede presentarse como **melenas** (sangrado de yeyuno, ileon o colon derecho asociados con tránsito gastrointestinal lento).

#### ETIOLOGÍA

Según la edad y en orden decreciente de frecuencia:

- ▲ Lactantes y niños: divertículo de Meckel, pólipos y poliposis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), duplicación intestinal, intususcepción.
- ▲ Adolescentes y adultos jóvenes: divertículo de Meckel, EII, pólipos y poliposis.
- ▲ Adultos <60 años: hemorroides, fisuras, divertículos, EII, neoplasias, malformaciones arteriovenosas.
- ▲ Adultos >60 años: divertículos, angiodisplasia, colitis isquémica, neoplasias colónicas, pólipos.

#### CLASIFICACIÓN

La HDB se puede presentar de dos formas:

- ▲ **AGUDA:** puede ser moderada o masiva según exista o no compromiso hemodinámico. Se presenta como rectorragia o hematoquecia.
- ▲ **CRÓNICA:** la pérdida sanguínea suele ser muy lenta e intermitente y suele debutar como anemia ferropénica. Se puede manifestar como sangre oculta en heces, melenas intermitentes o rectorragias pequeñas e intermitentes.

La mayoría de consultas por HDB son casos de rectorragia leve y/o intermitente que no suelen provocar alteraciones hemodinámicas importantes y que pueden ser manejados de forma conservadora. Sólo un 10-20% de los casos se presenta como HDB masiva, y hasta en un 80% de los casos el sangrado cede espontáneamente.

#### MANEJO DEL PACIENTE CON HDB AGUDA

En todo paciente con una HDB aguda se debe realizar:

##### 1. VALORACIÓN DEL ESTADO HEMODINÁMICO (igual que en HDA):

La repercusión hemodinámica del sangrado se estima con la toma de constantes vitales (FC, TA y sus cambios posturales) y el aspecto del enfermo (pálido, sudoroso, obnubilado...). Una pérdida del 25-35% de la volemia (1.250-1.750 cc) se considera una hemorragia grave y cursa con TA sistólica inferior a 100 mm Hg, FC superior a 100-120 lpm y cambios posturales al adoptar el ortostatismo (aumento de al menos 20 lpm de la FC o caída de al menos 20 mm Hg de la TA sistólica). Se debe actuar de la siguiente forma:

- ▲ Canalizar dos vías periféricas gruesas, una para reposición de volumen y otra para transfundir. Vía central en cardiopatas, nefrópatas y chocados, para ajustar la perfusión según PVC.
- ▲ Monitorización de TA, FC, FR, Tª, perfusión periférica, diuresis.

- ▲ Reposición de la volemia: dependiendo de la respuesta hemodinámica del enfermo, con cristaloides, coloides o sangre.
- ▲ Extracción de sangre para analítica: *Hemograma, E. Coagulación, Glucosa, Iones, Urea y Pruebas cruzadas.*

### 2. CONFIRMACIÓN DE LA HDB:

Se procederá a la colocación de SNG para descartar origen alto (el 15-25% de los sangrados masivos se deben a HDA) y a la exploración y tacto rectal. Para descartar origen alto, el aspirado gástrico debe ser claro con bilis. Si el aspirado es hemático (sangre fresca o coagulada) o claro sin bilis, se debe realizar una endoscopia alta.

### 3. ESTUDIO DIAGNÓSTICO:

Siempre tras estabilización hemodinámica.

#### ▲ Anamnesis y exploración física:

- Se realizará una detallada anamnesis que junto con la edad del paciente nos pueda orientar hacia la causa más probable del sangrado.
- Enfermedades importantes asociadas.
- Síntomas acompañantes: fiebre, diarrea, dolor abdominal, síndrome constitucional, episodios previos de sangrado, intensidad y duración.
- Tratamientos farmacológicos (especial interés en antiagregantes, anticoagulantes y AINES).

A continuación se realizará una exploración física, haciendo hincapié en la exploración abdominal, la inspección anal y el tacto rectal.

#### ▲ Pruebas complementarias en Urgencias:

- ANALÍTICA (debe ser extraída mientras se valora inicialmente al enfermo): *S. Sangre, Iones, Urea, Glucosa, E. Coagulación, Pruebas cruzadas.*
- ECG: para descartar cardiopatía isquémica.
- RX TÓRAX Y ABDOMEN: descartar perforación (neumoperitoneo) u otras alteraciones a nivel abdominal (obstrucción intestinal, masas...).

#### ▲ Otras pruebas complementarias:

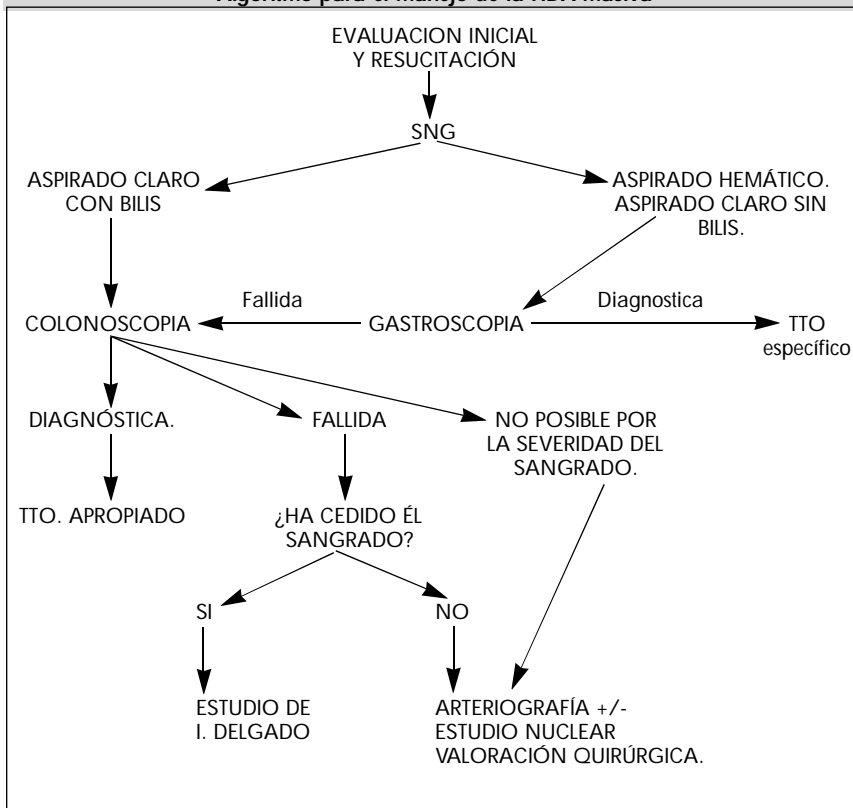
- COLONOSCOPIA URGENTE: su indicación de urgencia es para los casos en los que el sangrado no cede espontáneamente o presenta una recidiva hemorrágica dentro de las primeras 48h. Debe realizarse en pacientes hemodinámicamente estables. Permite la coagulación endoscópica de lesiones sangrantes (en especial angiodisplasias o pólipos) evitando la cirugía de urgencias en multitud de casos.
- ARTERIOGRAFIA SELECTIVA: debe reservarse para aquellos pacientes con hemorragia masiva en los que no se ha podido realizar la colonoscopia (por inestabilidad) o en aquellos con hemorragia persistente o recurrente cuando la colonoscopia no ha sido diagnóstica. Además puede ser utilizada como medida terapéutica bien mediante la infusión intraarterial de vasopresina, bien realizando una embolización selectiva del punto sangrante, en aquellos pacientes muy inestables o con riesgo quirúrgico muy alto.
- LAPAROTOMÍA URGENTE: para aquellos casos con hemorragia masiva persistente o recurrente en la que no se consigue el cese del sangrado tras colonoscopia o arteriografía. Es muy importante la localización exacta prequirúrgica del lugar del sangrado ya que reduce la morbimortalidad.



## TRATAMIENTO

En general el sangrado leve y crónico y/o intermitente en el que no existe repercusión analítica, deterioro clínico ni hallazgos radiológicos que hagan sospechar una causa aguda sobreañadida, no precisa ingreso, aunque es importante la realización de exploraciones complementarias (colonoscopia) lo antes posible. En el resto de casos se debe ingresar al paciente.

### Algoritmo para el manejo de la HDA masiva



## BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Zuccaro, G. Management of the Adult Patient whit Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. Am J Gastroenterol 1998; 93: 1203-1208.
- ▲ Calleja JL, Vera MI. Hemorragia digestiva baja. En: Moya Mir M S, ed. Normas de actuación en urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Madrid: P. 211-213.
- ▲ Diaz C, Hernandez E. Hemorragia digestiva. En: Acedo MS, Barros A, Díaz R, Orche S, Sanz R M, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Doce de Octubre. 6ª ed. Madrid: p. 473-485.