

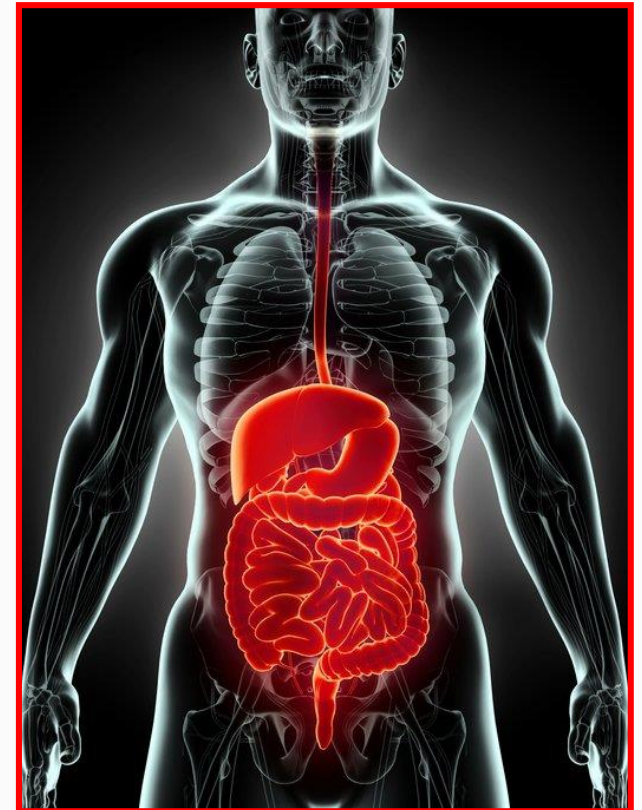
HEMORRAGIA DIGESTIVA

Lic. Javier Céspedes mata, ME.



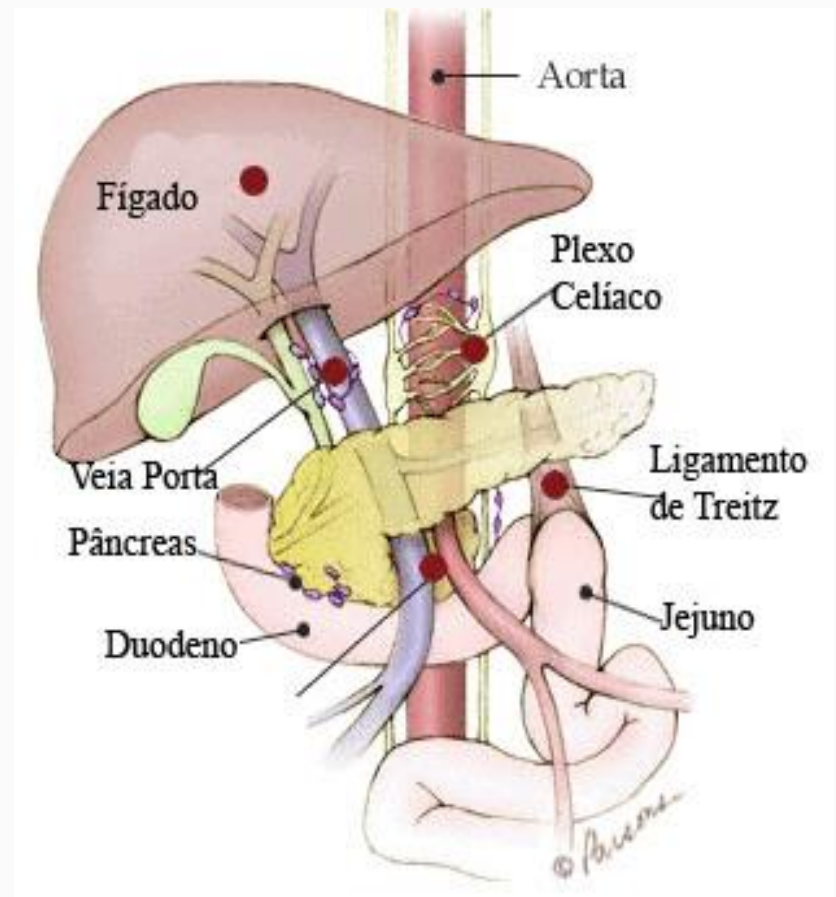
Definición:

Se considera como hemorragia del tubo digestivo alto (HTDA) la ruptura de un vaso sanguíneo de dicho tubo, con la consecuente expulsión de sangre proveniente de la faringe hasta el ángulo de Treitz; por debajo de éste se le denomina hemorragia de tubo digestivo baja (HTDB).

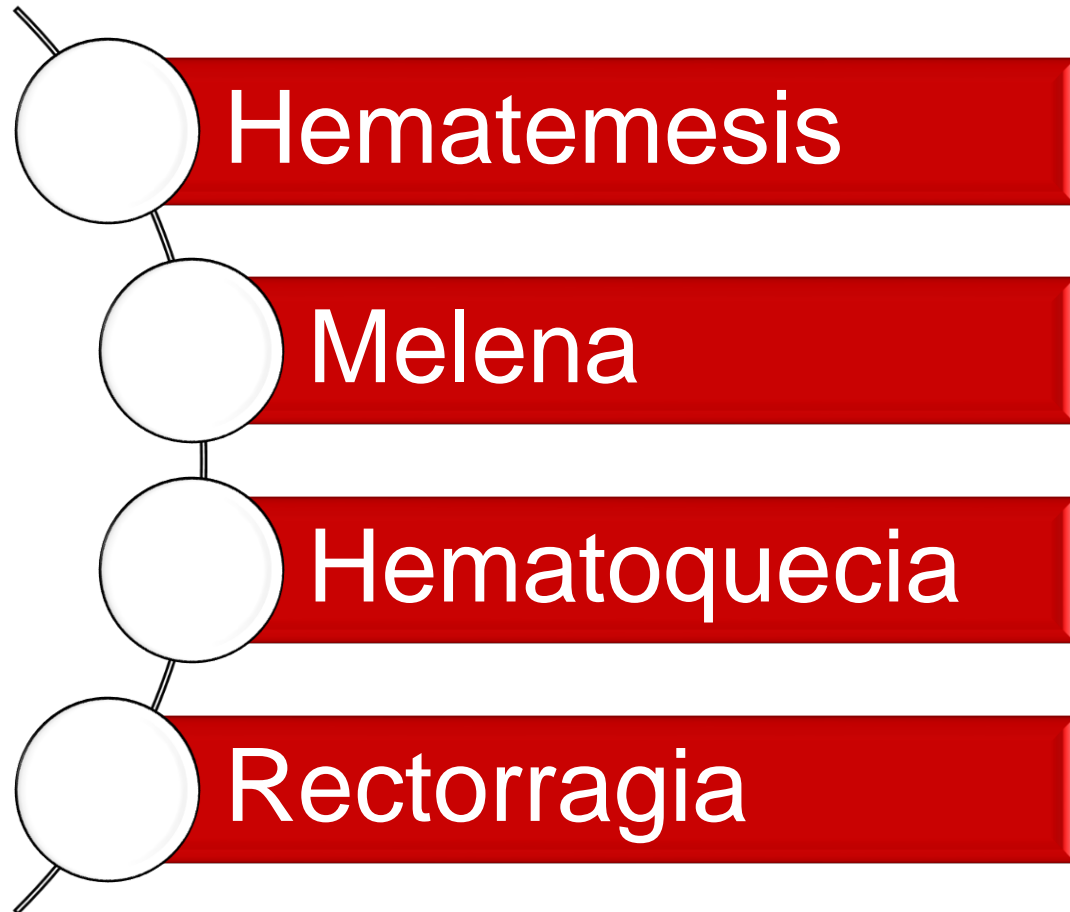


Ligamento de Treitz:

Conocido también como "músculo suspensorio del duodeno", es el que posiciona la parte terminal del duodeno y la flexura duodeno-yeyunal de modo que aumenta dicha flexura y actúa como una válvula.



La hemorragia digestiva aguda puede manifestarse de diferentes maneras:



Causas de hemorragia digestiva alta y baja



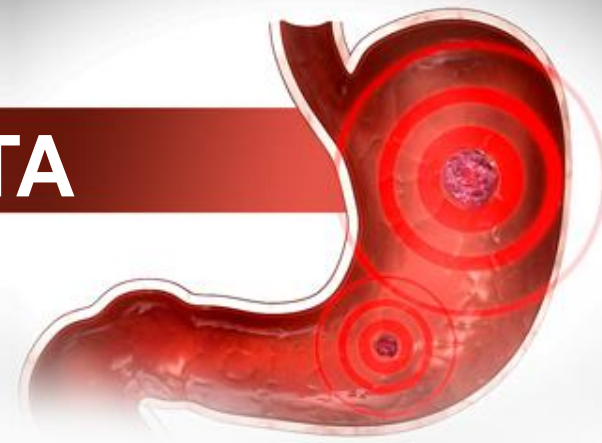
	Hemorragia digestiva alta	Hemorragia digestiva baja
Frecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Úlcera duodenal/gástrica• Varices esofágicas/gástricas	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad diverticular• Angiodisplasia• Hemorroides
Menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Erosiones gastroduodenales• Esofagitis• Desgarro de Mallory-Weiss	<ul style="list-style-type: none">• Neoplasias de colon• Enfermedad inflamatoria intestinal• Colitis isquémica• Colitis por radiación• Hemorragia digestiva alta• Enfermedades del intestino delgado
Raras	<ul style="list-style-type: none">• Neoplasias gastrointestinales proximales• Malformaciones vasculares	<ul style="list-style-type: none">• Úlceras en colon• Varices rectales

Hemorragia Digestiva Alta



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La HDA es una urgencia frecuente, con una incidencia anual de 50-150 casos por 100 000 habitantes.



Pacientes de edad avanzada

La mortalidad está relacionada con:



Enfermedades graves asociadas



Recidiva de la hemorragia durante el ingreso hospitalario.

ANAMNESIS y EXPLORACIÓN FÍSICA

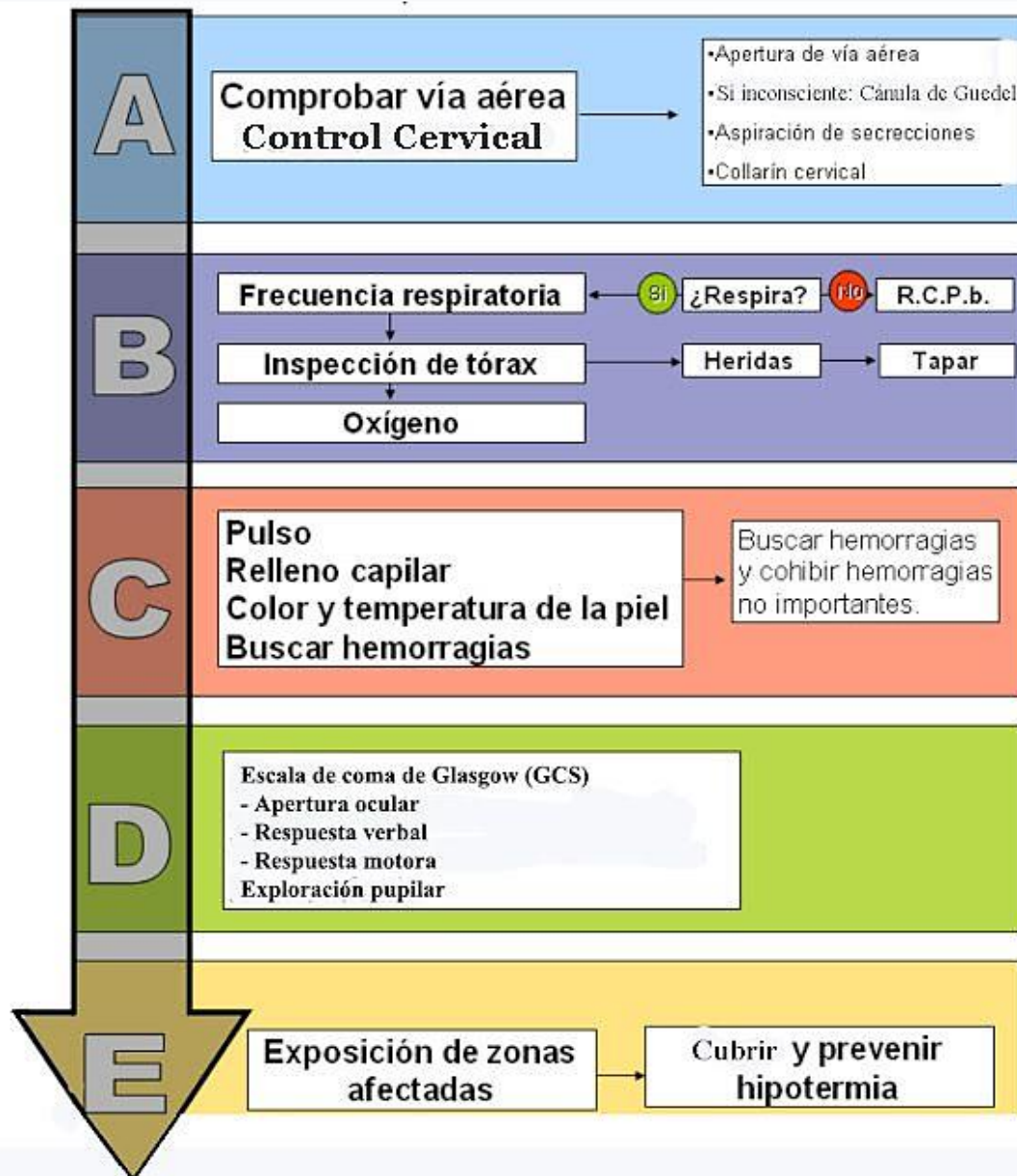


Aspectos de la anamnesis que ayudan a evaluar la etiología de la hemorragia digestiva

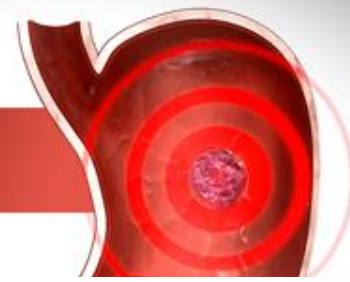
- Edad
- Hemorragia digestiva previa
- Enfermedad digestiva previa
- Cirugía digestiva previa
- Enfermedad subyacente (sobre todo hepatopatía)
- Uso de AINE, como ácido acetilsalicílico
- Uso de anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios
- Dolor abdominal
- Cambio de hábito intestinal
- Pérdida de peso
- Anorexia
- Antecedentes de enfermedad bucofaríngea

ANAMNESIS y EXPLORACIÓN FÍSICA

Evaluarse el estado hemodinámico

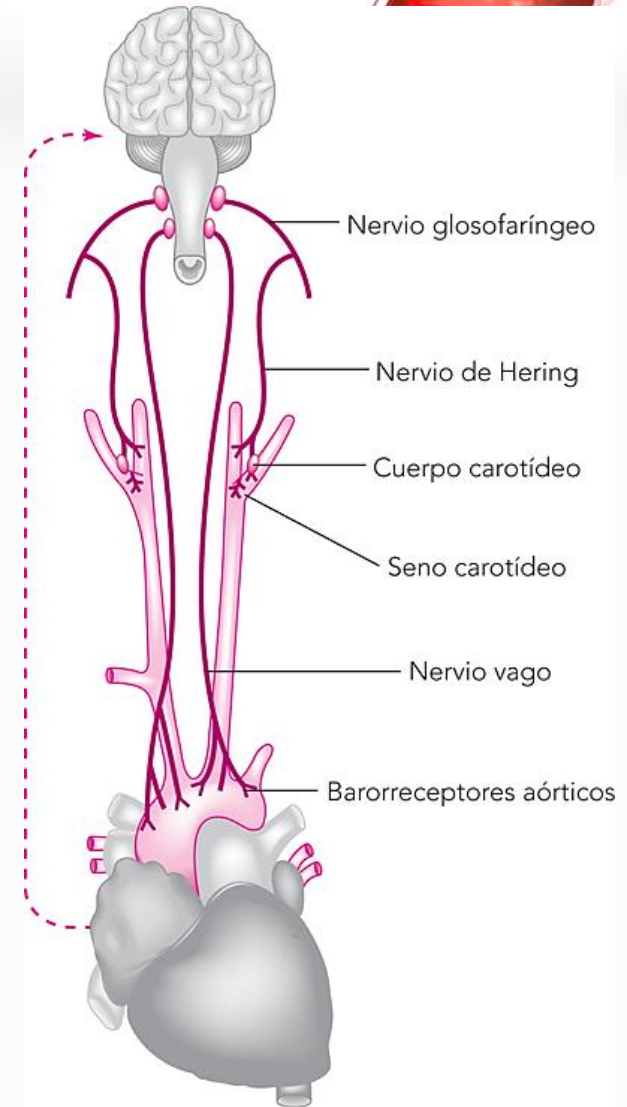


ANAMNESIS y EXPLORACIÓN FÍSICA



Evaluarse el estado hemodinámico

Un volumen aproximado de 25% se presentará hipotensión arterial



Diagnóstico



Endoscopia 

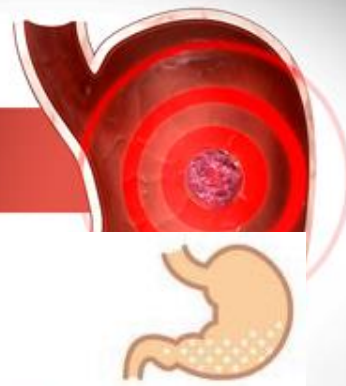
Estudios angiográficos 

Gammagrafía 

Enteroscopia 

Cápsula endoscópica. 

Clasificación de Forrest (riesgo de resangrado)



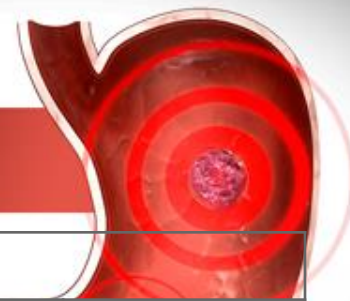
Hemorragia Digestiva Alta



Clasificación de **FORREST**

		% de recidiva
Ia	Sangrado activo arterial en "jet" o "chorro"	90%
Ib	Sangrado rezumante o en "sábana"	60-80%
IIa	Vaso visible en el lecho de la lesión	50%
IIb	Coágulo fresco adherido	25-30%
IIc	Manchas hematóxicas (oscuras)	7-10%
III	Lesión con base limpia, cubierta por fibrina	3-5%

índices pronósticos (Rockall)



Variable	Puntuación			
	0	1	2	3
Edad	< 60	60-79	> 80	-----
Hemodinámica	No "shock"	Taquicardia	Hipotensión	-----
TAS (mmHg)	≥100	≥100	<100	
FC (ppm)	<100	≥100	-----	
Enfermedades asociadas	Ninguna	-----	Cardiopatía isquémica, ICC, otras	IRC, CH, neoplasia
Diagnóstico	Mallory-Weiss Sin lesiones Sin signos HR	Todos los otros diagnósticos	Neoplasia EGD	-----
Signos hemorragia reciente	No estigmas, base limpia, mancha negra	-----	Sangre fresca, HDA activa, Vaso visible	-----

índices pronósticos (Rockall)



Interpretación		
Score	Resangrado (%)	Mortalidad (%)
1	3	0
2	5	0
3	12	2
4	13	4
5	17	8
6	30	15
7	40	20
8	48	39



REANIMACIÓN

Durante esta fase es fundamental realizar una evaluación de la situación hemodinámica del paciente, mediante la determinación de la presión arterial, frecuencia cardíaca, signos de mala perfusión periférica y diuresis.



Tabla 5. Clasificación de las Hemorragias Digestivas

Pérdidas sanguíneas (%)	PA. sistólica (mmHg)	Pulso (x´)	Frecuencia Respiratoria (x´)	Volumen de orina (ml/h)	Signos Y Síntomas
Grado I (Leve) 10 – 15%	Normal	< de 100	14 - 20	> de 30	Hipotensión postural Taquicardia
Grado II (Moderada) 15 – 30%	Descenso moderado	100 – 120	20 - 30	20 - 30	Taquicardia Sed Debilidad
Grado III (Grave) 30 – 40%	60 – 80	120 – 140	30 – 35	5 – 15	Palidez Oliguria Confusión
Grado IV (Severa) > de 40%	40 – 60	> de 140	> de 35	< de 5	Anuria Coma Muerte

MANEJO DE LA REANIMACIÓN

a) Mantener vía aérea permeable (aspiración de secreciones).

b) Administración de oxígeno

c) Canalizar de inmediato dos vías intravenosas de gran calibre.

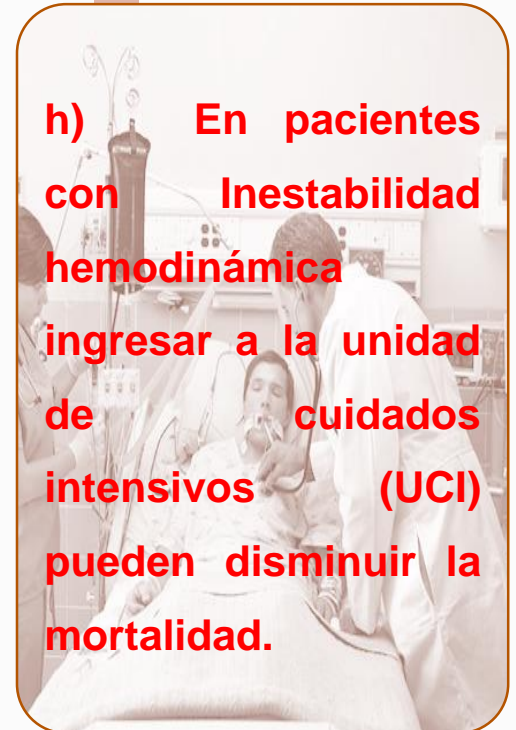
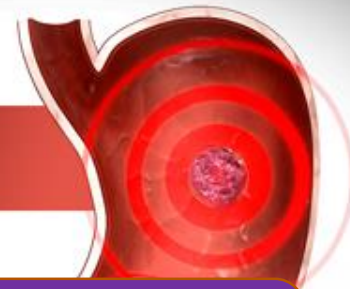
f) Colocar sonda de Foley para cuantificar diuresis horaria.

e) Colocar catéter para medir presión venosa central.

d) Se introduce una solución cristaloides Y Administración de coloides.

g) Toma de muestras sanguíneas

h) En pacientes con Inestabilidad hemodinámica ingresar a la unidad de cuidados intensivos (UCI) pueden disminuir la mortalidad.



TRATAMIENTO



1) Farmacológico



2) Endoscópico



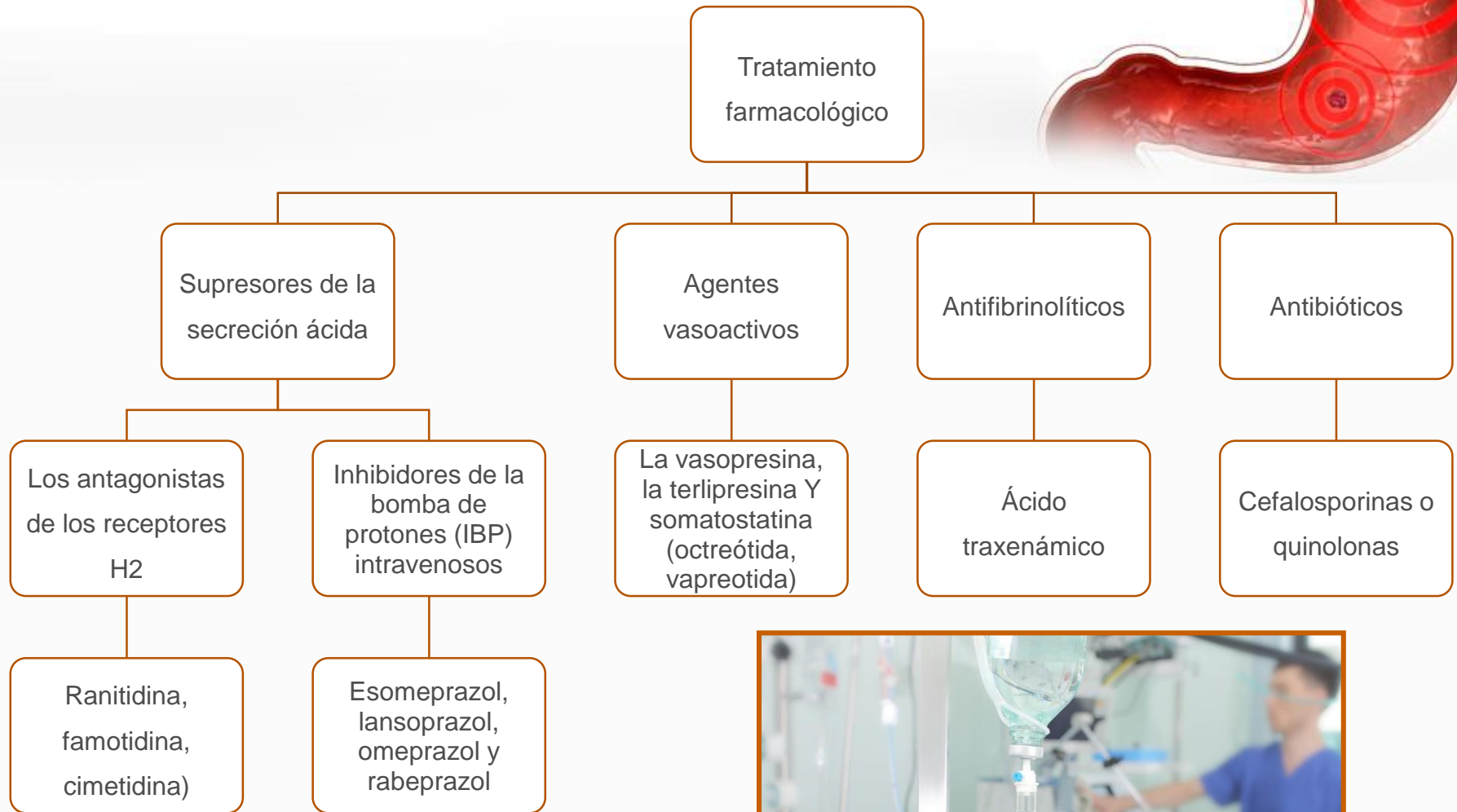
3) Angiográfico



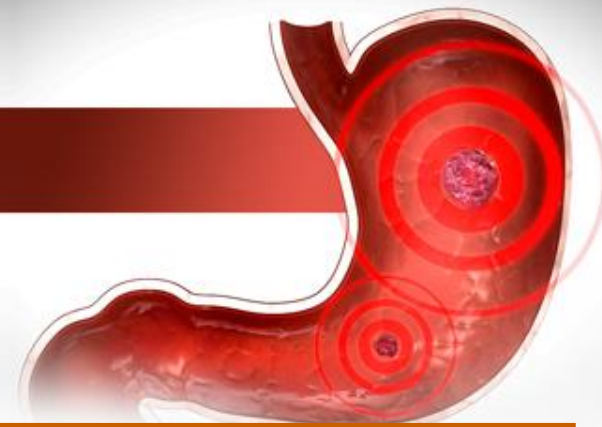
4) Quirúrgico



Tratamiento farmacológico



Tratamiento Endoscópico



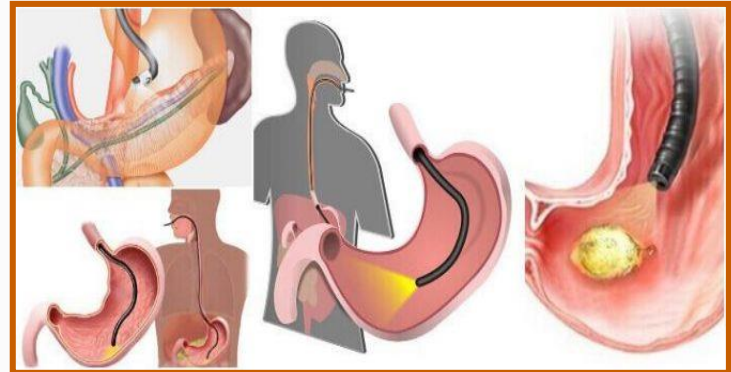
1. Diagnostica con precisión el origen de la hemorragia.



2. Valora el riesgo de recidiva hemorrágica



3. Permite el tratamiento endoscópico



Durante la endoscopia debe realizarse lo siguiente:



En úlcera, varices y tumor, para valorar el riesgo de recidiva.



Evacuar la sangre y los coágulos.

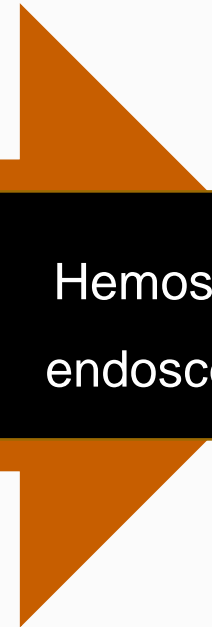
Lavar el punto de potencial hemorragia

Hemostasia endoscópica

Una dosis única de eritromicina (3 mg/kg) puede ayudar a la visualización al aumentar el vaciado gástrico en hemorragias abundantes.



En úlceras pépticas, varices esofágicas o gástricas y malformaciones vasculares



Hemostasia endoscópica



Úlceras pépticas

Inyección

Termocoagulación con
sonda térmica

Grapas hemostáticas
(Hemoclips)

- ✓ Adrenalina
- ✓ Suero fisiológico, Agua
- ✓ Etanol
- ✓ Esclerosantes (Polidodecanol en concentraciones de 1 a 3%)
- ✓ Oleato de etanolamina en concentración de 5%
- ✓ Morruato de sodio al 5%
- ✓ Solución glucosada al 50%
- ✓ Solución de urea y quinina al 2%
- ✓ Adhesivo de fibrina y Trombina.

- ✓ Sonda térmica (Sonda de calor “Heater probe”)
- ✓ Electrocoagulación (monopolar, bipolar o multipolar)}
- ✓ Fotocoagulación láser).

Hemostasia endoscópica

En varices esofágicas o gástricas



✓ Únicas o múltiples.

Ligadura con bandas
elásticas

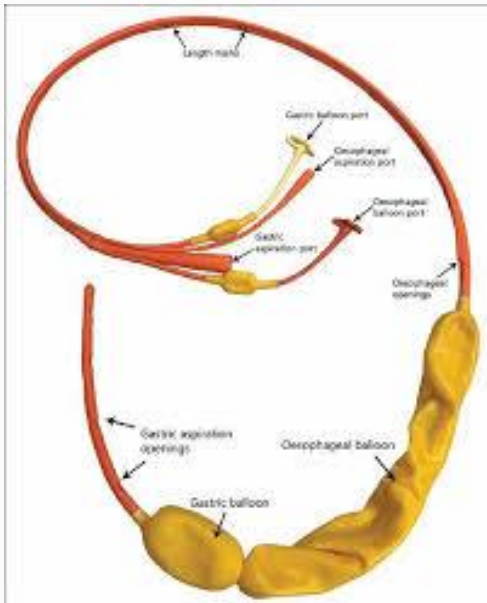


Inyección



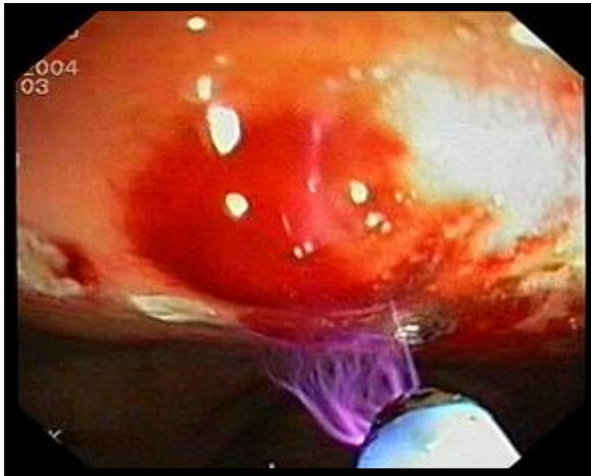
El taponamiento con
globo

- ✓ Sustancia esclerosante (etanolamina, tetradecil sulfato de sodio)
- ✓ Puede ser una opción la inyección de cianoacrilato



Hemostasia endoscópica

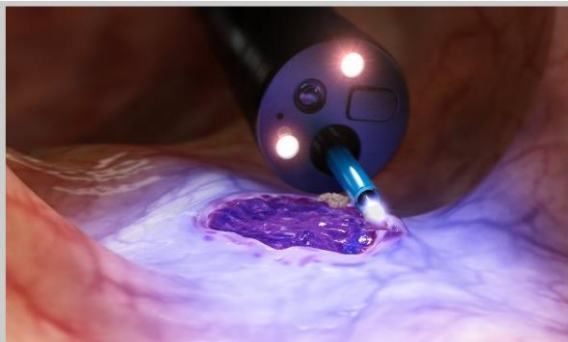
En malformaciones vasculares



Coagulación
con argón
plasma.



Grapas de
hemostasia.



Sección I.2.1. Figura 9. Tratamiento mediante coagulación con argón de los bordes tras resección endoscópica para disminuir la posibilidad de recidiva.



Sección I.2.1. Figura 10. Los clips hemostáticos pueden ser útiles en el tratamiento de las complicaciones postpolipectomía.

Radiología intervencionista

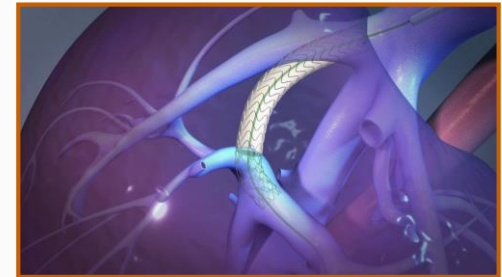
Angiografía



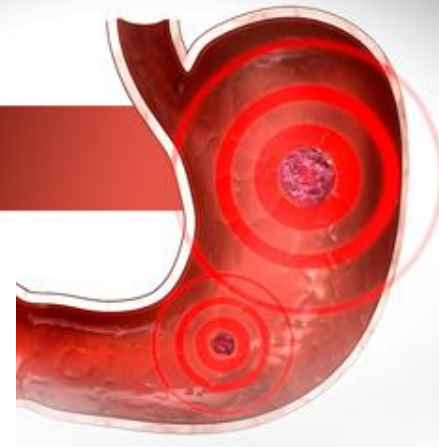
- ✓ Parches de esponja de gelatina.
- ✓ Microespirales.
- ✓ Microesferas de alcohol de polivinilo.

Embolización ultraselectiva con espirales en úlceras sangrantes y malformaciones vasculares.

TIPS: derivación portosistémica por vía transyugular en varices gástricas o esofágicas.



Cirugía



La cirugía sigue siendo el método más eficaz para detener una hemorragia digestiva.

Son indicaciones quirúrgicas:



Hemorragia arterial que no puede controlarse con hemostasia endoscópica.

Necesidad de transfusión masiva (6-8 unidades de sangre) para mantener la presión arterial.

Hemorragia recurrente después de hemostasia endoscópica o angiográfica eficaces.

Indicios de perforación GI.

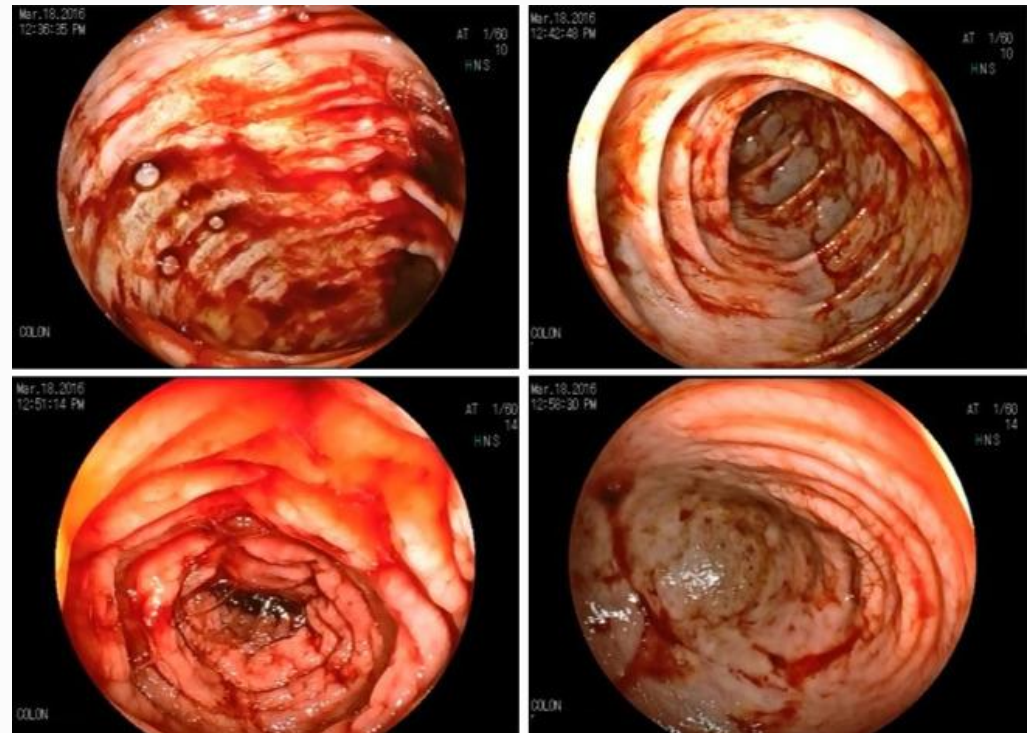
Hemorragia Digestiva Baja



Hemorragia Digestiva Baja

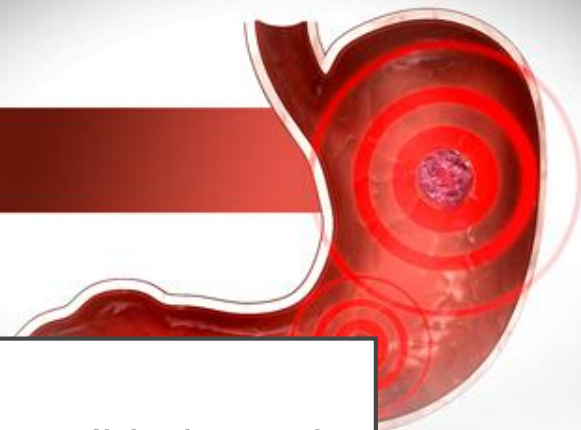


La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como la hemorragia que tiene su origen en el tracto digestivo distal al ángulo de Treitz.



Vasculitis gastrointestinal en una adolescente con lupus

Hemorragia Digestiva Baja



Se reporta una incidencia anual de esta entidad de 20 a 30 casos por cada 100 000 habitantes.

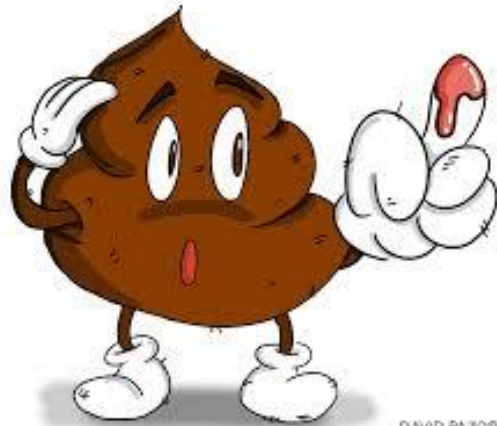
La tasa de mortalidad puede ser hasta de 25%, particularmente en los casos en que se requiere cirugía de emergencia.

En términos generales, 80% de los episodios de hemorragia digestiva baja cesan de manera espontánea, y en 25% de los casos se presenta recurrencia.



Hemorragia Digestiva Baja

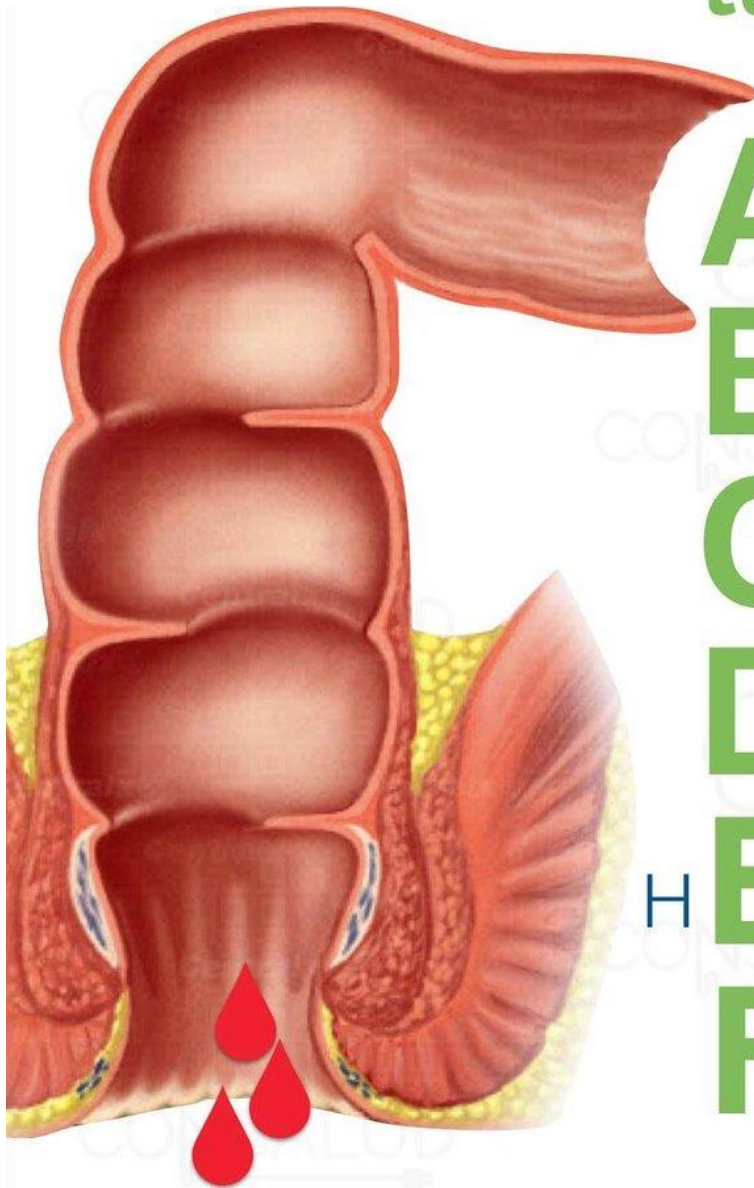
La descripción clínica de las cualidades de la sangre expulsada por el recto es útil para determinar si se trata de hemorragia del rectosigmoides (rectorragia) o del colon y el intestino delgado (hematoquecia).



DAVID PAZOS
ARTS-ILLUSTRATIONS.COM



Causas de : Hemorragia de tubo digestivo bajo



A ngiodisplasia

B owel cáncer
Cáncer intestinal

C uci/Crohn

D iverticulosis

H **E** morroides

F ístula anal

Tabla7. Etiología más frecuente de la hemorragia digestiva baja (1)

Hemorragia del intestino delgado	Enfermedad diverticular
<p>Origen vascular</p> <ul style="list-style-type: none">• Angiodisplasia• Hemangioma• Malformación arteriovenosa• Lesión de Dieulafoy• Fístula aortoentérica <p>Secundaria a úlceras</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Crohn• AINE, potasio, 6-mercaptopurina• Divertículo de Meckel• Síndrome de Zollinger-Ellison• Vasculitis• Divertículo yeyunal <p>Tumores</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumor del estroma intestinal• Linfoma• Tumor carcinoide• Adenocarcinoma	<ul style="list-style-type: none">• Angiodisplasia• Carcinoma colorrectal• Pólipos colónicos• Colitis ulcerativa crónica e inespecífica• Enfermedad de Crohn• Colitis infecciosa• Colitis isquémica• Pospolipectomía

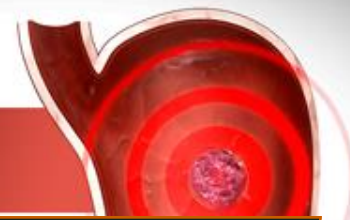


Tabla 6. Etiología más frecuente de la hemorragia digestiva baja

Colon y recto, 90%

- Divertículos
- Angiodisplasia
- Pólipos/tumores y pospolipectomía
- Enfermedad inflamatoria del intestino
- Colitis isquémica, infecciosa o actínica
- Hemorroides

Intestino delgado, 10%

- Angiodisplasia
- Tumores
- Úlceras por AINE
- Enfermedad de Crohn
- Enteritis isquémica o infecciosa
- Divertículo de Meckel
- Divertículos de yeyuno
- Fístula aortoentérica

Exploraciones complementarias



Anuscopia-rectoscopia

Colonoscopia

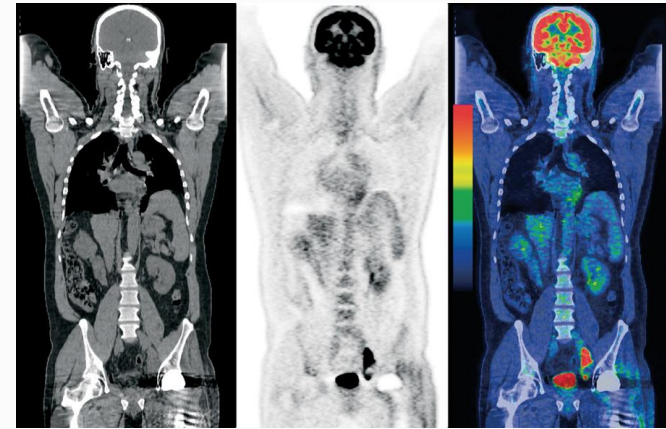
Radioisótopos

Arteriografía

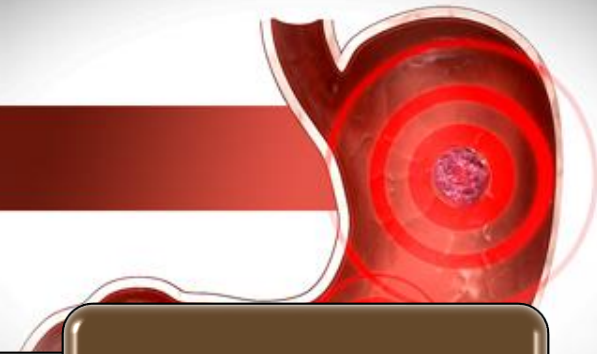
Tomografía computarizada

Enteroscopia

La cápsula endoscópica (CE)



Cuadro clínico



La anamnesis

Exploración física

Antecedentes: de estreñimiento o diarrea crónica

Antecedentes familiares de carcinoma de colón

Historia reciente de colonoscopia

La presencia de enfermedad cardiovascular

Dolor abdominal

Dolor anal

El cambio del ritmo deposicional en pacientes mayores de 50 años

Cuadro clínico

La exploración física es muy importante para:

Calcular la cantidad de sangre perdida

Detectar el origen de la hemorragia

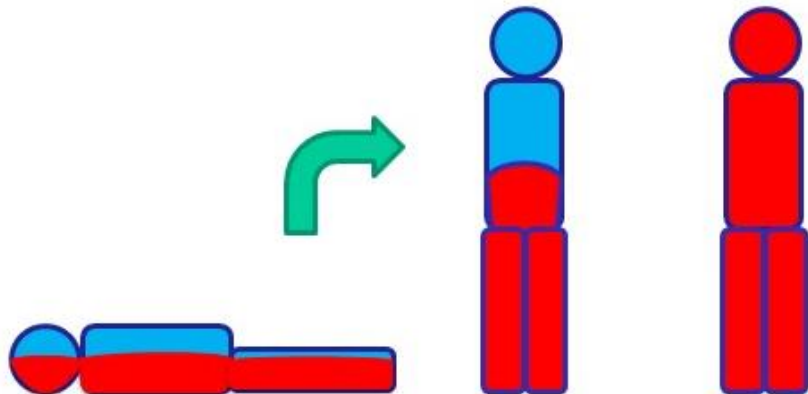
Identificar las enfermedades coexistentes.



Hipotensión ortostática



Incremento de más de 10 latidos por minuto o la caída de la presión arterial media en más de 10 mmHg, al pasar del decúbito a la posición de pie, indican pérdida de al menos 15% del volumen circulante.



ORTHOSTATIC HYPOTENSION

Low blood pressure and lightheadedness upon standing up



© MAYO CLINIC

Diagnóstico



**Rectorragia
leve y
moderada**

Sin repercusión
hemodinámica

No requiere
ingreso
hospitalario

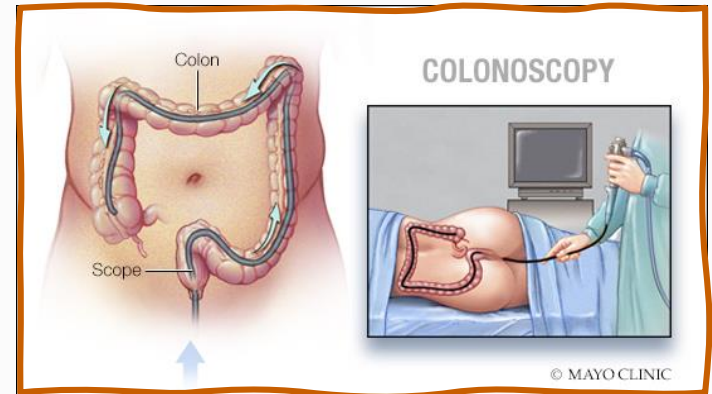
La anoscopia o
rectoscopia

**Rectorragia
grave y
hematoquecia**

Con
repercusión
hemodinámica

La arteriografía
y enteroscopia
intraoperatoria

Colonoscopia o
Angiografía por
TC



El tratamiento inicial



Evaluación de la
gravedad de la
hemorragia



Estabilización
hemodinámica



Determinación del
pronóstico



Manejo inicial

En todo paciente con hemorragia gastrointestinal se debe realizar de manera simultánea:



La historia
clínica

La
exploración
física

La
reanimación
inicial



Establecer el estado hemodinámico



La tensión arterial

El pulso

La oximetría periférica

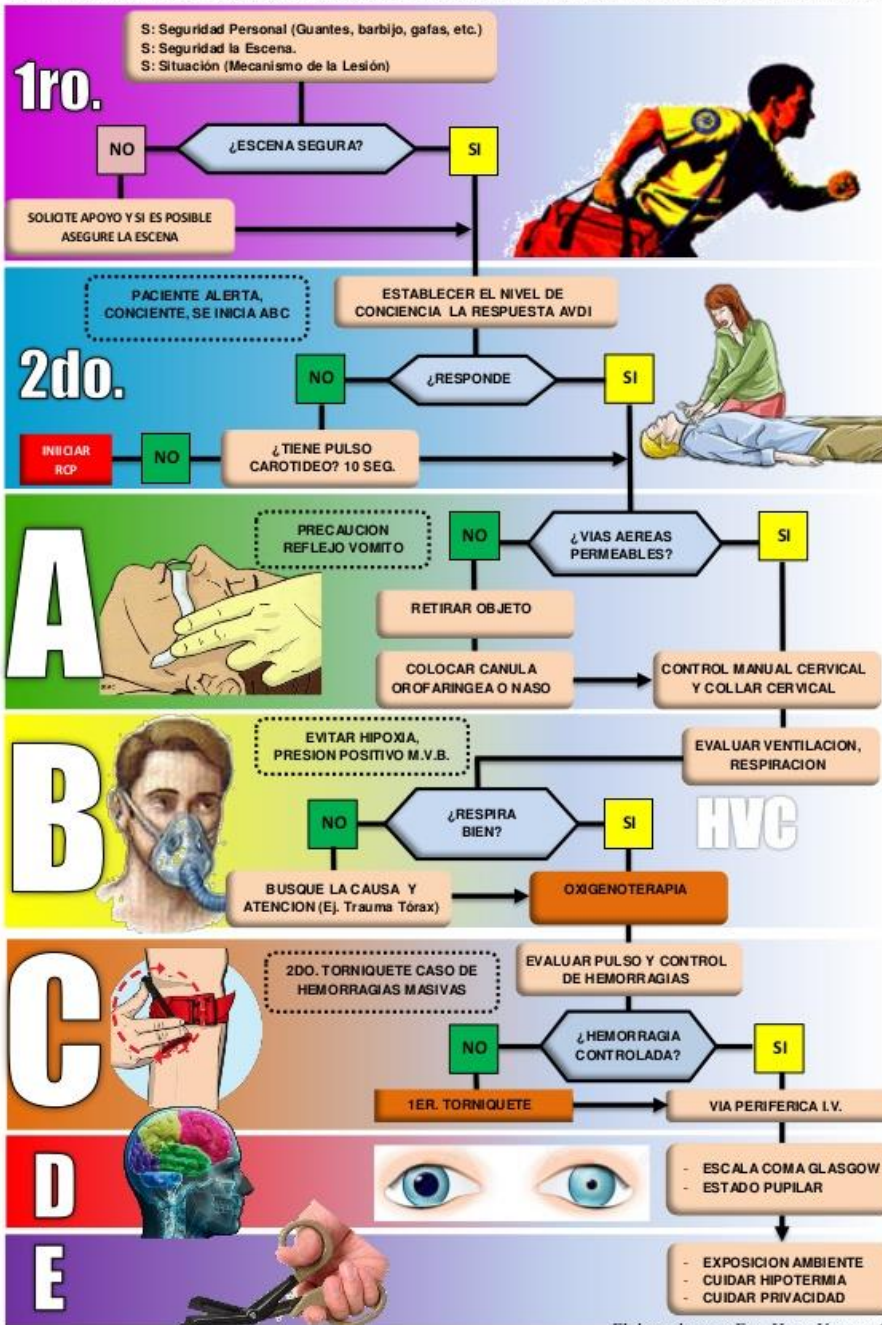
El flujo urinario

La presión venosa central

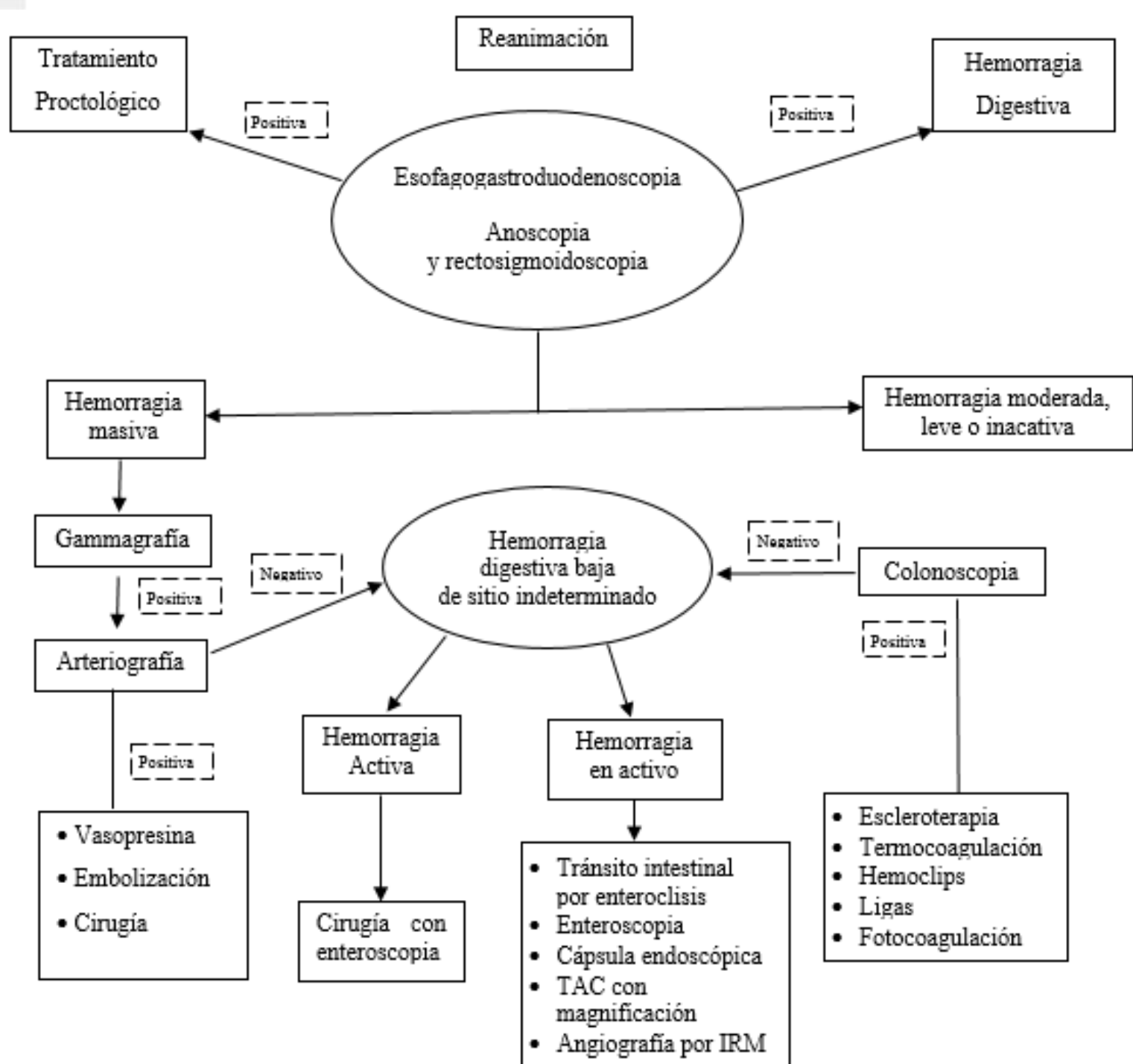


Muy valiosos para guiar el reemplazo de líquidos en estos pacientes.

FLUJOGRAMA ATENCION INICIAL Y EVALUACION PRIMARIA PREHOSPITALARIA



- A** Airway
- B** Breathing
- C** Circulation
- D** Disability
- E** Exposure



**Para ser una enfermera se necesita
inteligencia y disciplina para adquirir
conocimientos y ser capaz de ejercer
el pensamiento crítico**

-Tilda Shalof