

---

# Hemorragia Digestiva

---

AUTORES: DIEGO COSTA, ALEJANDRO LARRIERA.

Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA. 6° Cátedra de Medicina Interna.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA

## MEDIDAS INICIALES

(Ante la sospecha o evidencia de sangrado digestivo alto o bajo)

- Signos vitales con búsqueda de hipotensión ortostática.
- Si hay signos de hipovolemia:
  - Colocar 2 vías periféricas de calibre grueso (16 G).
  - Cuantificar diuresis.
  - Reposición de volumen con solución fisiológica (SF).
- Iniciar omeprazol en infusión continua si presenta hematemesis o melena (40 mg/200mL de SF a 40 mL/H).

## SOLICITAR LABORATORIO CON

- **Hematocrito:** Mantener >30% en >65 años o con comorbilidad, >20% en jóvenes sanos.
- **Hemoglobina.**
- **Plaquetas:** <50.000/mm<sup>3</sup> → transfundir concentrado de plaquetas (1U c/10 Kg).
- **Electrolitos, urea, creatinina:** Corregir según el caso.
- **Parámetros de función hepática:** Permiten evaluar comorbilidad y etiología.
- **Grupo y factor sanguíneo:** Por eventual necesidad de transfusión. KPTT y RIN: RIN >1,5 → transfundir plasma fresco congelado.

## Considerar Sonda Nasogástrica SNG:

- Si se obtiene sangre se confirma hemorragia digestiva alta (HDA).
- Si se obtiene bilis se desestima HDA (alto valor predictivo negativo).
- Si no se obtiene ninguno de los dos permite cuantificar el sangrado y facilita la visualización en una eventual videoendoscopia digestiva alta (VEDA).

- **En pacientes jóvenes, hemodinámicamente compensados, sin comorbilidad, con sangrado menor y hemoglobina >10 mg/dl: realizar observación en la guardia y alta con endoscopia electiva para tratamiento según diagnóstico.**
- **En pacientes añosos, descompensados o con comorbilidad: continuar la evaluación.**

## Si presenta hematemesis o melena → VEDA

- Várices esofágicas: Banding o escleroterapia.
- Úlcera con estigma de sangrado: Inyección de adrenalina o electrocoagulación.
- Mallory-Weiss: Suele ceder de manera espontánea.
- Malformaciones vasculares: Laser Argón-plasma.
- Lesión de Dieulafoy: Ligamiento, inyección de adrenalina o electrocoagulación.

## Si presenta hematoquecia → Video colonoscopia (VCC)

El 11% son por HDA, por lo cual si existe descompensación hemodinámica, si se realiza un lavaje por SNG sin obtenerse bilis, o por otra causa se sospecha HDA, se debe realizar antes una VEDA.

- **Causa identificada:** Tratamiento según etiología.
- **Causa no identificada con evaluación completa del colon:** Sin sangrado activo realizar estudio con videocápsula (luego de 2 VEDA y 2 VCC sin diagnóstico), con sangrado activo realizar angiografía.
- **Causa no identificada con evaluación incompleta del colon:** Realizar angiografía.

Forrest	Lesión	Tasa de resangrado
IA	Sangrado pulsátil	55%
IB	Sangrado en napa	55%
IIA	Vaso Visible	43%
IIB	Coágulo adherido	22%
IIC	Mácula Plana	10%
III	Fondo Limpio	5%

## INDICACIONES DE INTERNACIÓN

- Shock.
- Hipotensión ortostática.
- Descenso del hematocrito >6%.
- Requerimiento de transfusión >2 U de GR.

## INDICACIONES QUIRÚRGICAS

- Shock a pesar de las medidas de soporte.
- Estudios endoscópicos o angiográficos o ambos sin diagnóstico con sangrado activo (transfusión >6 U de GR).
- Siempre realizar interconsulta previa con servicio de cirugía de guardia aunque inicialmente no haya indicación quirúrgica.

### Bibliografía:

- Barkun, A, Bardou, M, Marshall. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003; 139:843
- K Palmer. Management of haematemesis and melaena. Postgrad. Med. J. 2004;80:399-404
- Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Gut 2002;51(Suppl IV):iv1-iv6
- Farrel, LS, Friedman. MA. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. USA Aliment Pharmacol Ther 2005; 21: 1281-98