

SANGRAMIENTO DIGESTIVO.

Reunión SCGE.

Abril de 2009.

Dr. Luis L. Rivera.

Hospital Dr. Carlos J. Finlay

SANGRAMIENTO DIGESTIVO. CONCEPTO

- Síndrome que consiste fundamentalmente en la expulsión de sangre procedente de una lesión situada en el tracto digestivo, desde la boca hasta el ano.
- Se manifiesta fundamentalmente en forma de :
 - 1. Hematemesis
 - 2. Melena y enterorragia

HEMATEMESIS. CONCEPTO Y FISIOPATOLOGIA

- Síntoma. Expulsión de sangre por la boca, con todas las características de un vómito, precedida de náuseas. Es un vómito de sangre, que puede ir acompañada de jugo gástrico, restos de alimentos. Puede ser roja, rojo oscura o negra.
- Debe ser diferenciada de las secundarias y de las falsas.

ENTERORRAGIA. CONCEPTO Y FISIOPATOLOGIA

- Expulsión de sangre fresca por el ano. La sangre sale al exterior rápidamente y sin modificaciones fundamentales. Es roja, rutilante, como si proviniera de una herida.
- Foco hemorrágico cercano al ano, o si está alto, precisa hipermotilidad.

MELENA. CONCEPTO

- Expulsión de sangre digerida por el ano. Se defeca mezclada uniformemente con las heces fecales y es homogénea, untuosa, brillante de color negro alquitranado, fétida
- Debe ser diferenciada de las falsas, por alimentos (como morcilla y vino tinto) y medicamentos (bismuto, carbón, hierro y otros)
- Foco hemorrágico generalmente alto. Desde esófago hasta colon alto.
- Se precisan mas de 60ml.

CUADRO CLINICO. H.D.A.

- Dependenden de la cuantía del sangramiento.
- Se pueden presentar mareos, vértigos, fatigas, palidez cutáneo-mucosa , taquicardia y shock en los casos masivos.
- Debe prestarse atención a los síntomas y signos acompañantes que orientan al diagnóstico. Ej:
 - Acidez y epigastralgia- Úlcera Péptica
 - Hepatomegalia y ascitis- Várices Esofágicas.
 - Púrpuras- Discrasias sanguíneas.
 - Cambio hábito intestinal- Lesión colorectal o ileal.

Esquema

- Hemorragia Digestiva Alta (HDA)
 - Por Causa distinta a Varices: No por Hipertensión Portal
 - Por Varices: Hipertensión Portal
- Hemorragia Digestiva Baja (HDB)

Hemorragia Digestiva Aguda Alta: Epidemiología

	California ¹	Escocia ²	GB ³	Holanda ⁴	Francia ⁵
Periodo	1991	1992-93	1993	1993-94	1996
Incidencia (por 10 ⁵ hab/a)	102	172	103	62	143
Edad media	61	60	71	71	68
Sexo (H/M)	1,74	1,79	1,35	1,5	1,72
Mortalidad (%)	5	8	14	14	14

Longstreth GF *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 206; Blatchford O *et al. BMJ* 1997; 315: 510; Rockall TA *et al. BMJ* 1995; 311: 222; Vreeburg EM *et al. Am J Gastroenterol* 1997; 92: 236; Czernichow P *et al. Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 175

Hemorragia Digestiva Aguda Alta: Causas

Enfermedad ulcerosa	35–50%
Varices esofágicas/gástricas	5–10%
Erosiones gastroduodenales	8–15%
Esofagitis	5–15%
Mallory-Weiss	15%
Neoplasia esofágica/gástrica	1%
Malformaciones vasculares	
Lesión de Dieulafoy	
Fístula aortoentérica	

FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR.

- Ingestión de alcohol. (Gastritis-várices)
- Cirugía GI o vascular previas.
- Historia de enfermedad y/o sangramientos digestivos.
- Vómitos (Hiperemesis gravídica)
- Antecedentes de enfermedad hematológica.
- Infección por H. Pylori.
- Hábito de fumar.
- Edad avanzada.
- Sexo masculino.
- Medicamentos. AINEs, anticoagulantes, antitrombóticos, esteroides, anticálcicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, espirolactona,

MEDICAMENTOS Y HDA.

AINEs

- **BAJO RIESGO.** Nabumetone, Etodolac, Salsalate, Sulindac.
- **MEDIANO RIESGO.** Diclofenaco, Ibuprofeno, Ketoprofeno, Aspirina, Naproxeno, Tolmetín.
- **ALTO RIESGO.** Flurbiprofeno, Piroxicam, Fenoprofeno, Indometacina, Meclofenamato, Oxaprozin.

MEDICAMENTOS Y HDA. ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

MEDICAMENTO	ADJUSTED RATE RATIO	CONFID INTERVAL 95%
WARFARINA	1,94	1,61-2,34
CLOPIDOGREL	1,67	1,27-2,2
ASPIRINA	1,39	1,26-1,53
AINEs	1,78	1,61-1,97
INHIBIDORES COX-2	1,64	1,31-2,06

CMAJ 2007 Aug 14;177(4):347 Case-control Study with 4028 cases and 40171 controls.

MEDICAMENTOS Y HDA. COMBINACION DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES.

MEDICAMENTOS	ADJUSTED RATE RATIO	CONFID INTERVAL 95%
CLOPIDOGREL Y ASPIRINA	3,9	2,78-5,47
CLOPIDOGREL Y AINEs	2,9	1,58-5,35
CLOPIDOGREL Y ANTI COX-2	2,6	1,09-6,23
WARFARINA Y ASPIRINA	6,48	4,25-9,87
WARFARINA Y AINEs	4,79	2,79-8,21
WARFARINA Y ANTI COX-2	4,62	1,48-14,43

CMAJ 2008 Jan 29;178(3):327 Case-control Study with 4028 cases and 40171 controls

Hemorragia Digestiva Aguda Alta: Posibilidades diagnósticas y de tratamiento

- Sala de Hospitalización de agudos / UCI
- Equipo de guardia experto
 - Gastroenterólogo / equipo quirúrgico / anesthesiólogo
 - Diagnóstico urgente / endoscopia terapéutica
- Servicio de transfusión sanguínea durante 24 h
- Aplicación de protocolos

Hemorragia Digestiva Aguda Alta: Manejo

- Valoración de la gravedad de la hemorragia:
Estratificación del riesgo
- Reanimación
- Control de la hemorragia
 - Endoscopia diagnóstica y terapéutica
 - Tratamiento farmacológico

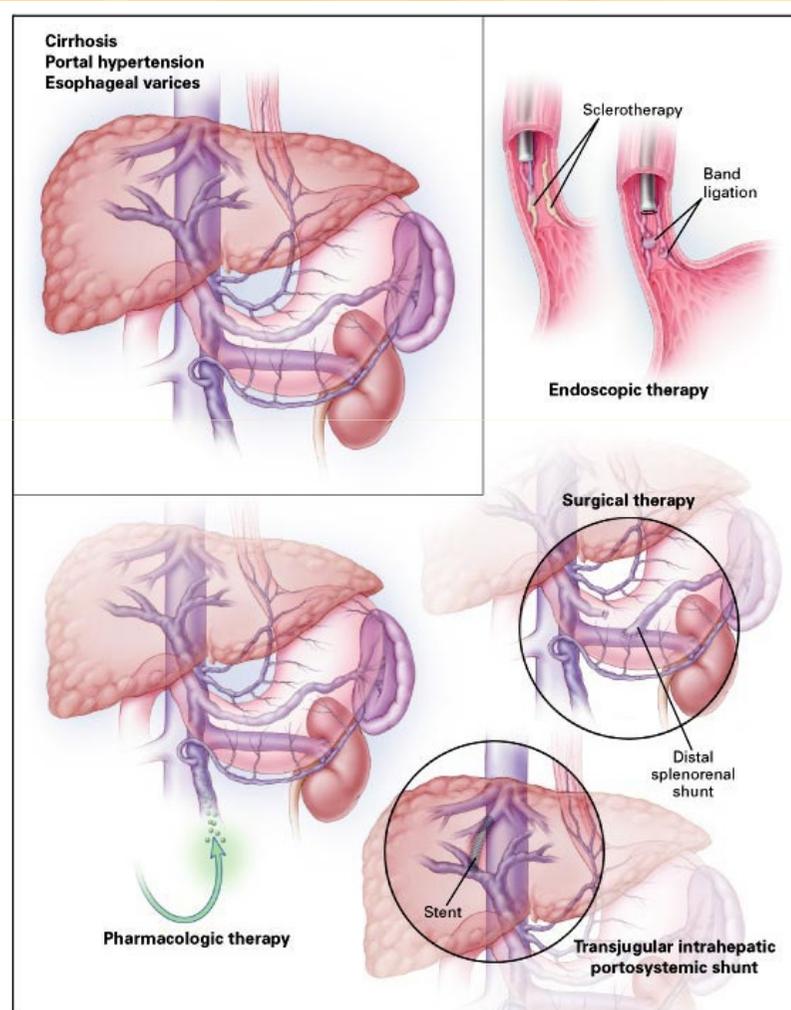
Sangrado agudo por Varices: Tratamiento no específico (1)

- Canalización de vía venosa de grueso calibre
- Fluidoterapia
 - Objetivo: mantener tensión arterial media de 80 mmHg
 - Evitar aporte excesivo de líquidos (aumento de la presión portal)
- Transfusión sanguínea
 - Control frecuente de la hemoglobina sérica
 - CHs para mantener hemoglobina sérica > 7 g/dL
 - No indicación sistemática de transfusión de plasma o plaquetas

Sangrado agudo por Varices: Tratamiento no específico (2)

- Control de las infecciones bacterianas
 - 25-50% de los pacientes que sangran están infectados
 - La infección está asociada a mal control del sangrado
 - Indicación sistemática de profilaxis antibiótica de corta duración
- Protección de la vía aérea en caso de alteración del nivel de conciencia
- Paracentesis
 - La evacuación de la ascitis disminuye la tensión de las varices

Sangrado agudo por Varices: Tratamiento específico



1ª línea

Farmacológico

vasopresina/terlipresina

o

somatostatina/análogos

+ Endoscópico

esclerosis

o

ligadura con bandas

2ª línea

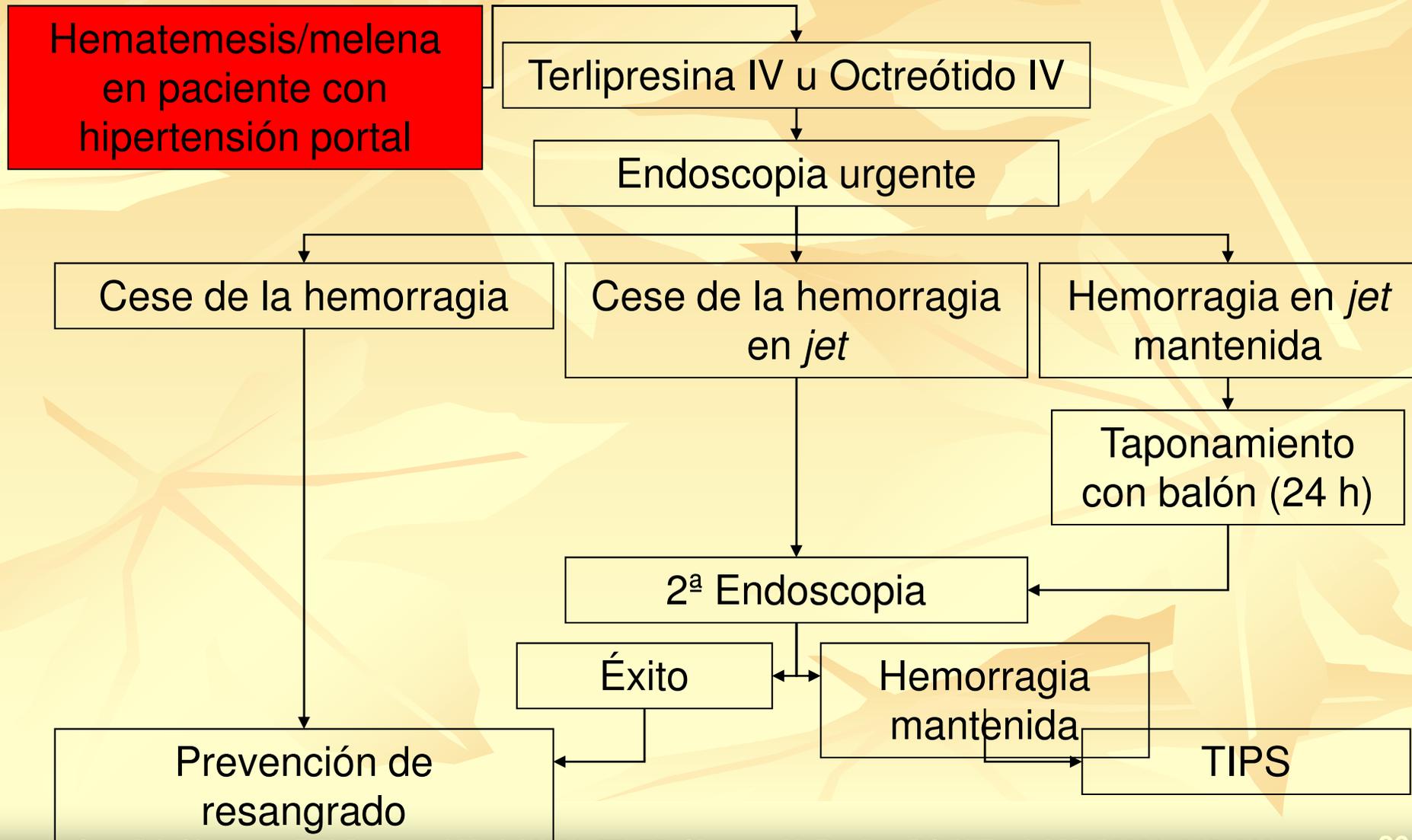
Taponamiento con balón
(provisional)

TIPS, shunt quirúrgico

Sangrado agudo por Varices: Tratamiento farmacológico

- Iniciar administración de agentes vasoactivos ante la sospecha de sangrado por varices
- Terlipresina
 - Bolo i.v. cada 4 horas
 - Peso < 50 kg 1,0 mg
 - 50 kg < peso < 70 kg 1,5 mg
 - Peso > 70 kg 2,0 mg
 - Contraindicado en pacientes con patología arterial coronaria/cerebral
- Octreótido
 - IV continuo = 25 µg/hora (± 50 µg dosis inicial i.v.)
- Continuar durante 2-5 días

Sangrado agudo por Varices: Manejo



Hemorragia Digestiva Baja

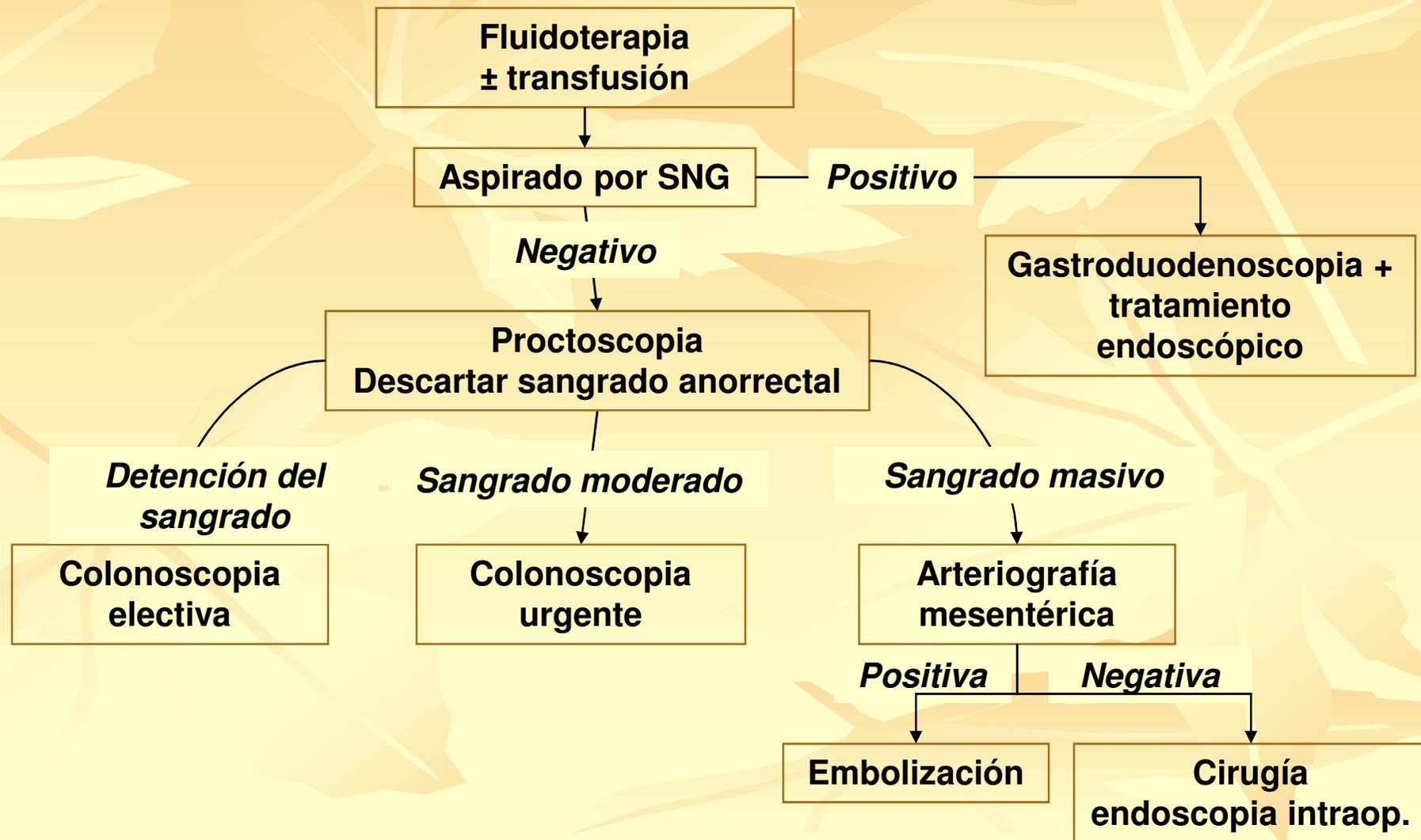
- Punto sangrante distal al ligamento de Treitz
- 1/4-1/5 de la incidencia de la HDA
- Autolimitada en la mayoría de casos
- Puede comprometer la vida
- El diagnóstico etiológico y la localización pueden ser difíciles
 - Varios posibles puntos de origen
 - El sangrado es con frecuencia intermitente
- 10-15% pacientes con hematoquecia sangran desde el tracto GI superior

Hemorragia Digestiva Baja:Causas

Etiología	Frecuencia
Diverticulosis	24-47%
Colitis (infecciosa, isquémica, por irradiación, vasculitis, ...)	6-21%
Neoplasia	9-17%
Angiodisplasia	3-12%
Lesiones anorrectales (úlceras rectales, ...)	1-9%
Miscelánea	4-14%
Sin determinar	12-25%

Richter JM *et al. Gastrointest Endosc* 1995; 41: 93;
Bramley PN *et al. Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 764;
Longstreth GF *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 419;
Peura DA *et al. Am J Gastroenterol* 1997; 92: 924

HDB Aguda: Manejo Inicial



Causas frecuentes no reconocidas de Hemorragia Digestiva

- Ectasia Vascular Gástrica Antral (GAVE)
- Lesión(es) de Cameron sin hernia de hiato
- Lesión de Dieulafoy
- Angiodisplasia
- Hemobilia

Ghosh S *et al. Postgrad Med J* 2002; 78: 4