

CURSO
actualización de
urgencias

Para residentes

**IVÁN CABALLERO
FEO MIR2**

Formato sesiones

**HEMORRAGIA
DIGESTIVA BAJA,
¿SE VAN TODOS
CON ANALÍTICA?**

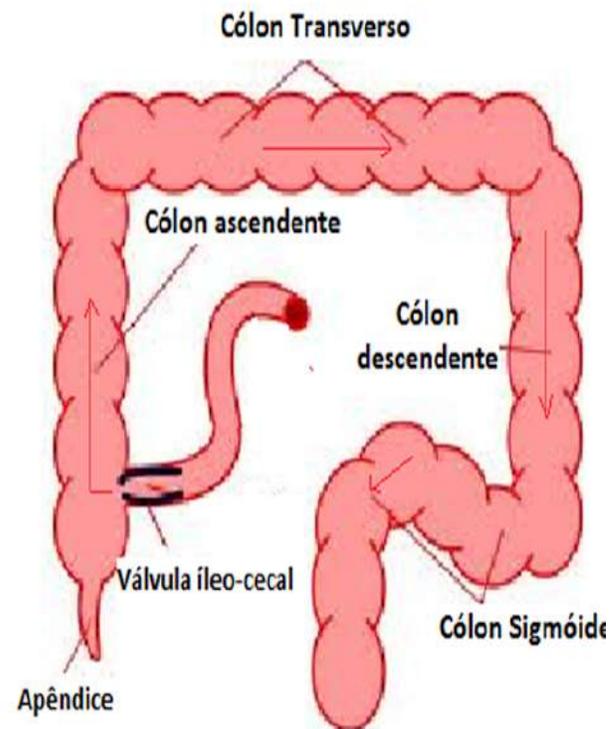
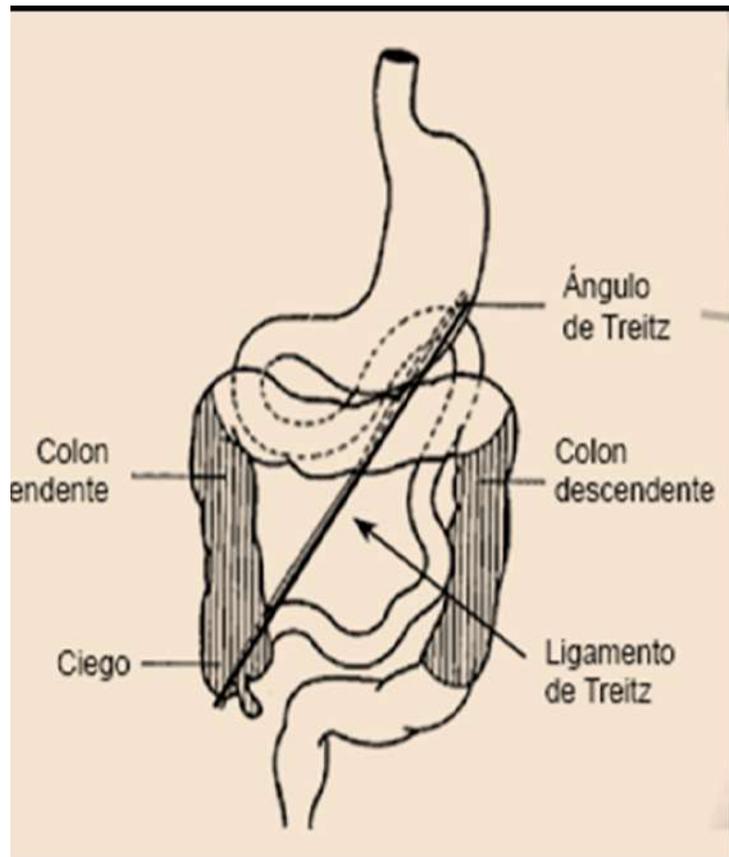


**MIRIAM MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
ADJUNTA SUH CAULE**

**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**



DEFINICIÓN



LA LESIÓN CAUSAL SE SITÚA EN CUALQUIER TRAMO INTESTINAL POR DEBAJO DEL ÁNGULO DE TREITZ. ACTUALMENTE, CON LA LLEGADA DE LA ENTEROSCOPIA Y LA CE SE DEFINE COMO EL SANGRADO DIGESTIVO ORIGINADO DISTALMENTE A LA VÁLVULA ILEOCECAL

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA



Sangrado proveniente de cualquier localización distal al ángulo de Treitz.

HEMORRAGIA	ALTA	BAJA
SÍNTOMA	Melena/hematemesis	Rectorragia
ASP. GÁSTRICO	Hemorrágico	Claro
RUIDOS INTESTINALES	Aumentados	Normales
BUN	Alto	Normal
BUN/CREATININA	>30	<30

Hematoquecia: expulsión por recto de sangre fresca, a veces con coágulos.

Rectorragia: emisión de sangre roja brillante de origen rectal.

Sangre procedente de estructuras extradigestivas:

- Cavidad oral
- ORL: epixtasis, sangrado amigdalár
- Respiratorio: hemoptisis
- Vaginal

Sustancias y alimentos que se pueden confundir con sangre:

- Simula heces melénicas: hierro, bismuto, espinacas, regaliz, ampicilina, arándanos, cerezas, chocolate negro, morcilla.
- Color rojo a las heces: remolacha, ponches de frutas, rifampicina.

Melenas: si la hemorragia digestiva baja o media son de escasa cuantía y el tránsito digestivo es lento, simulando una hemorragia digestiva alta

LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA PUEDE HACERSE PATENTE COMO:

1: MELENAS



2: HEMATOQUECIA



3: Rectorragia



4: SANDRE OCULTA



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA, ¿SE VAN TODOS CON ANALÍTICA?

ETIOLOGÍA

4/11

CAUSAS MÁS FRECUENTES

CAUSAS MENOS FRECUENTES

ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES	ADULTOS < 60 AÑOS	ADULTOS >60 AÑOS
<ul style="list-style-type: none">• Divertículo de Meckel• EII crónica• Pólipos	<ul style="list-style-type: none">• EII crónica• Pólipos-cáncer• Enfermedad diverticular• Malformaciones AV	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad diverticular• Angiodisplasia colónica• Pólipos y cáncer• Colitis isquémica• Hemorragia post-polipectomía

- **Patología anorrectal**
- **Neoplásicas**
- **Inflamatorias**
- **Sistémicas**
- **Vasculares**
- **Congénitas**

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

DIAGNÓSTICO

5/11

ANAMNESIS

- Síntomas relacionados
- Características del sangrado actual
- Síntomas acompañantes
- Situaciones relacionadas con la causa
- Medicación
- Patología asociada
- Episodios previos

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Valoración estado hemodinámico
- Existencia de signos relacionados con la causa
- Exploración anorrectal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica de sangre: BQ (con perfil hepático), hemograma y coagulación.
- Radiografía de Tórax y Abdomen
- Pruebas cruzadas y reserva de unidades de sangre

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

DIAGNÓSTICO

6/11

ALGORITMO DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- Rectorragia/Hematoquecia
- Melenas con endoscopia digestiva alta negativa
- Excluido origen perianal

***CLIK AL MENOS 1
PARA SIGUIENTE
PESTAÑA**

FACTOR DE RIESGO	PUNTUACIÓN
FC \geq 100/min	3
P.A sistólica \leq 115mmHg	3
Sincope	2
Sangrado rectal dentro de las primeras 4h de evaluación	2
Abdomen no doloroso en la EF	1
\geq 2 comorbilidades *1	1
Alteración de hemostasia y/o coagulación *2	1

***AL MENOS 3 PUNTOS
PARA REALIZAR ANGIO-
TC**

1* Comorbilidades: criterios de Charlson/ vs/ Edad avanzada, diverticulos, angiodisplasia, ca de colon, estreñimiento, ICC, neuropatía, patología neurológica conocida.

2* farmacológica (ACO, heparinas, antiagregación, AINES, hepatopatía, trombocitopenia/trombocitopatía, insuficiencia renal .

- Transfusión de \geq 2 concentrados de hematies
- Descenso del hematocrito de \geq 20% en las primeras 24 h
- Rectorragia recurrente tras 24 de estabilidad (acompañado de un descenso del hematocrito adicional \geq 20%, y/o transfusiones adicionales y/o readmisión por HDB aguda en la semana siguiente al alta.

***CLIK AL MENOS 1 para
dar mayor preferencia
a la realización del TC
A más click \rightarrow mayor
preferencia**

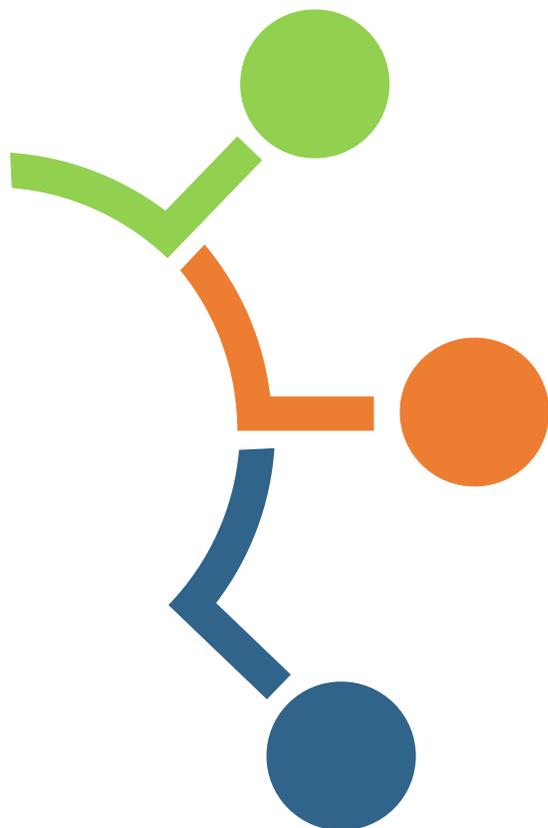


Tabla I. Puntuación asignada a cada patología para el cálculo del ICCE

Puntuación	Patología
1	Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad vascular periférica Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad pulmonar crónica Enfermedad del tejido conectivo Úlcera Enfermedad hepática leve Diabetes
2	Hemiplejía Enfermedad renal moderada o severa Diabetes con daño orgánico Tumor Leucemia Linfoma
3	Enfermedad hepática moderada o severa
6	Tumor sólido con metástasis SIDA

REPOSO ABSOLUTO/
RELATIVO



DIETA ABSOLUTA
BLANDA-LÍQUIDA SIN
FIBRA. SEGÚN
TOLERANCIA Y
GRAVEDAD DE HDB



INFUSIÓN DE
SOLUCIÓN
GLUCOSALINA A
RAZÓN DE 1500 MM/
24 HORAS



Analgesia, Protector
gástrico, antieméticos...

SUSPENDER
MEDICACIÓN QUE
PUEDA EXACERBAR LA
HDB



CONTROL DE LA TA Y
DE DIURESIS CADA 8
HORAS



TRANSFUSIÓN DE
HEMATÍES CON
CARÁCTER GENERAL
CUANDO EL Hto <27% o
Hb < 7 g/dL



CURSO
actualización
de urgencias

1ª
edición

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

9/11

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

INDIVIDUALIZADA SEGÚN
VOLUMEN DEL SANGRADO :
CESE O PERSISTENCIA

1

SOSPECHA CLÍNICA DE
NATURALEZA BENIGNA O
MALIGNA

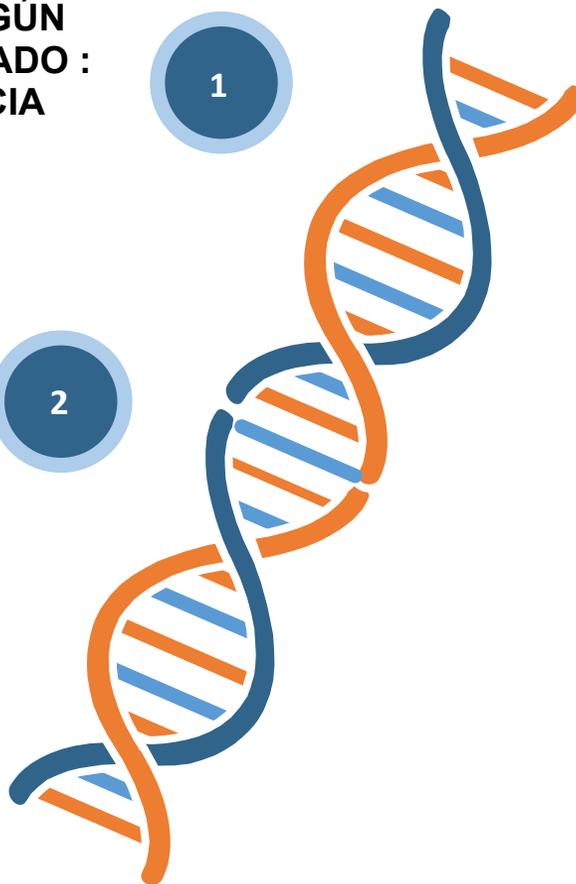
2

3

SITUACION PERSONAL DEL
PACIENTE

4

REITERACIÓN DE CONSULTAS AL SUH
POR SANGRADO DIGESTIVO



CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años que acude por rectorragia y estreñimiento

- AP: HTA, DL, Síndrome ansioso-depresivo, ERC, Artrosis
- TTO: Eutirox, Omeprazol, Simvastatina, Bromazepám
- Cuadro de rectorragia de 24 horas de evolución, sin dolor, estabilidad HD. Episodios de escasa cuantía similares previos.
- Su MAP le solicitó TSOH (+) y le solicitó colonoscopia preferente.
- Estreñimiento de 3 meses de evolución.
- No pérdida de peso ni síndrome constitucional

CONSTANTES

TAS 172/92 mmHg
FC 74 lpm
Tª 36,5 °C



EXPLORACIÓN FÍSICA

- COC, BEG, NH, NP. Eupneica.
- **ACP:** rítmica, sin soplos. MVC.
- **Abdomen:** blando, depresible, sin irritación peritoneal. RHAE+
- **EEL:** no edemas ni signos de TVP. Pulsos +
- ❖ **TR:** hemorroides externas. Sin palpar masas. Heces normales.

ANALÍTICA

GLU 97
IONES NORMALES
PCR 13,6
LEUCOS 6900
Hb 11,3 g/dL
INR 1
SOH 1150

DIAGNÓSTICO

JC: HEMORRAGIA DIGESTIVA A ESTUDIO

ANEMIA SIN NECESIDAD TRANSFUSIONAL

PLAN

- ALTA
- SERÁ AVISADA TELEFÓNICAMENTE PARA COLONOSCOPIA MUY PREFERENTE
- FISIOTEN FERROFORTE (1 COMPRIMIDO AL DÍA)
- SI EMPEORAMIENTO, VOLVER A ACUDIR

