

Paciente adulto con Hemorragia Digestiva Baja

- Canalizar dos vías periféricas (14-18 G).
- Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, pruebas cruzadas y coagulación.
- Rx tórax y EKG si sospecha de descompensación de patología respiratoria y/o cardiovascular.

Control de la volemia
Control de la coagulación
Manejo de anemia/uso hemoderivados
¿Situación hemodinámica?

Control de la volemia

Estabilización precoz.
Infusión cristaloides.

Manejo de anemia

Criterios transfusionales
Ferroterapia

Shock hipovolémico:

- *Minimización de cristaloides*
- *Hipotensión arterial permisiva*
- *Uso precoz de hemoderivados simultaneo*
- *Si es necesario activación de protocolos de transfusión masiva.*

CRITERIOS TRANSFUSIONALES

- **Paciente inestable:** no existe umbral transfusional
VALORAR LA ACTIVACIÓN DE PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA
- **Paciente estable (con sangrado controlado):**
 - Hb<7g/dL. Sin comorbilidad
 - Hb<8g/dL. Factores de riesgo: Cardiopatía isquémica, arritmias, FRCV (HTA, DM), ICC, EPOC.
 - Hb<9g/dL. Disfunción de órgano diana (cardiaca, pulmonar, cerebral, hepática)

FERROTERAPIA:

- Vía oral (vo)
- Vía intravenosa (iv)
 - No tolerancia vo
 - Si anemia grave (Hb≤10g/dL) sin indicación de transfusión

PAUTA:

- * 35-70kg: 1500 mg (1º dosis 1000 mg; 2º dosis (1 semana después): 500 mg)
- * ≥70kg: 2000 mg (1º dosis 1000 mg; 2º dosis (1 semana después): 1000 mg)

Manejo de paciente anticoagulado

Manejo del paciente anticoagulado

- Individualizar
- Riesgo hemorrágico/ trombótico.
- Hemorragia activa e inestabilidad: revertir coagulación.
- Importante conocer cuándo tomó la última dosis de ACOD y la función renal del paciente.

	AVK	ACOD	
		Dabigatran	Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban
Test de anticoagulación alterados	TP (INR) ↑	TP ↑/- TTPa ↑ TT ↑	TP ↑/- TTPa ↑/- AntiXa ↑
HD leve	INR en rango: Individualizar INR por encima de rango: Vitamina K vo - iv.	Retrasar o suspender la siguiente dosis	Retrasar o suspender la siguiente dosis
HD moderada/grave	Vitamina K (10 – 20 mg iv) CCP (25-50 U/Kg/iv)	Idarazucimab CCP (25-50 U/Kg/iv) Hemodiálisis	Andexanet alfa (aprobado EMA, no comercializado) CCP (25-50 U/Kg/iv)

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa; TP: Tiempo de Protrombina; INR: International Normalized Ratio; TTPa: Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada; TTd: Tiempo de Trombina diluida. PFC: plasma fresco congelado; CCPa: Concentrado de factores de protrombina activado. CCP: Concentrado de factores de protrombina.

- Reinicio precoz de la anticoagulación una vez conseguida la hemostasia: en las primeras 48h en pacientes de alto riesgo; antes del séptimo día en el resto .

Manejo de paciente antiagregado

Manejo del paciente antiagregado

- Reinicio precoz (<72 horas)
- Si doble antiagregación, mantener dosis bajas de AAS y suspender inhibidores del receptor P2Y 12.
- Pautar IBP de mantenimiento

Paciente adulto con Hemorragia Digestiva Baja

DEFINICIÓN: Es el sangrado por lesiones distales al ángulo de Treitz.

- Es la causa más frecuente de Hemorragia digestiva (HD)
- El 80-90% ceden espontáneamente.
- Mortalidad del 2-4%, principalmente derivada de la descompensación de la patología de base.

ETIOLOGÍA:

- Patología anal: Principal causa de HDB
- HDB grave: Divertículos (20-40%), angiodisplasia (10-20%), neoplasias, colitis isquémica, post-polipectomía.

- Canalizar dos vías periféricas (14-18 G).
- Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, pruebas cruzadas y coagulación.
- Rx tórax y EKG si sospecha de descompensación de patología respiratoria y/o cardiovascular.

Factores de riesgo de HDB grave (Strate)

≥3 factores → HDB grave (84%)

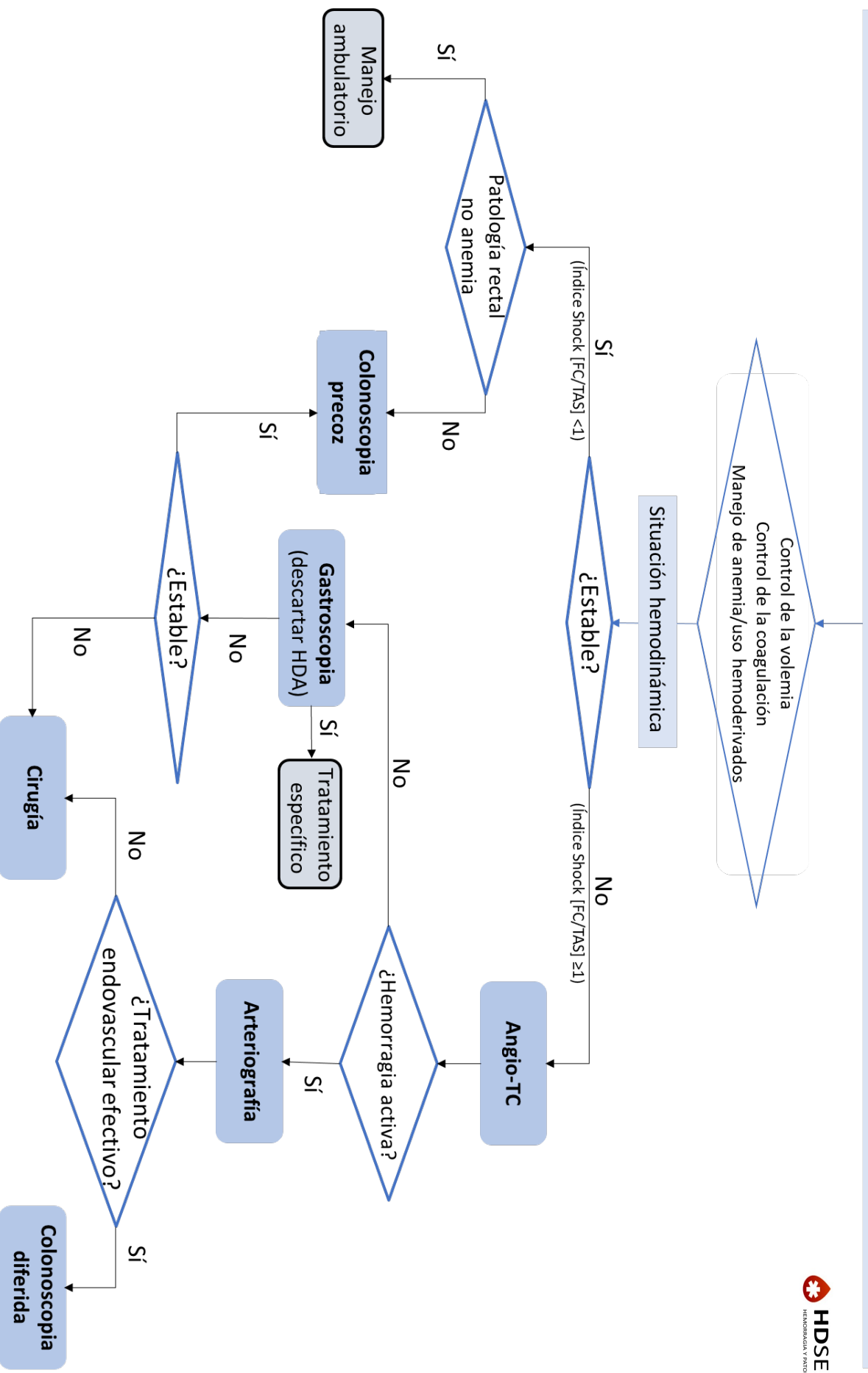
- PAS ≤ 115 mmHg o FC > 100 lpm
- Síncope
- Abdomen no doloroso
Hemorragia primeras 4 h evaluación
- Uso de AAS
- > 2 comorbilidades activas

¿ HDA o HDB ?

¿ HDA o HDB ?

- HDA masiva con tránsito rápido se presenta a menudo en forma de rectorragia.
- 15% de las hemorragias digestivas con repercusión hemodinámica son HDA.

- Canalizar dos vías periféricas (14-18 G).
- Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, pruebas cruzadas y coagulación.
- Radiografía de tórax y EKG si sospecha de descompensación de patología respiratoria y/o cardiovascular.



Tratamiento médico

- No existe tratamiento farmacológico específico.
- Tratamiento de la causa desencadenante
- Colonoscopia: precoz (<48 h).
 - Disminuye estancia hospitalaria
 - Aumenta precisión diagnóstica
 - Aumenta probabilidad de tratamiento endoscópico
- Tratamiento endoscópico:
 - Enfermedad diverticular
 - Angiodisplasia
 - Pospolipectomía
- TAC: Paciente con HDB grave y/o sangrado activo
- Angio-TC + arteriografía: embolización supraselectiva
- Cirugía: tratamiento de rescate
- Cápsula endoscópica: HD origen incierto visible.

Medidas generales

- Nutrición:
 - Dieta absoluta (HDB grave), pobre en residuo (HDB leve)
 - Reiniciar dieta < 24 h
- Evitar desnutrición y sobrecarga de líquidos
- Movilización:
 - Evitar encamamiento
 - Profilaxis ETV
- Enfermedad de base:
 - Control de comorbilidades

Alta precoz

- HDB leve autolimitada
- Sin inestabilidad hemodinámica ni anemia
- Tacto rectal. Sin restos hemáticos
- Sin comorbilidades y entorno familiar controlado
- VALORAR MANEJO AMBULATORIO si:
 - Pacientes estables con patología anorrectal sin anemia
 - Pacientes con score de Oakland ≤ 8

Score de Oakland			
		Puntos	Puntos
Edad (años)		Hallazgos tacto rectal	
<40	0	No sangre	0
40-69	1	Sangre	1
≥70	2	Presión arterial sistólica (mmHg)	
Sexo		<90	5
Mujer	0	90-119	4
Hombre	1	120-129	3
Episodio de HD previa		130-159	2
No	0	≥160	0
Si	1	Hemoglobina (g/dL)	
Frecuencia cardiaca (lpm)		<70	22
<70	0	70-89	17
70-89	1	90-109	13
90-109	2	110-129	8
≥110	3	130-159	4
		≥160	0

- VALORAR MANEJO AMBULATORIO si:
 - Pacientes estables con patología anorrectal sin anemia
 - Pacientes con score de Oakland ≤ 8

Oakland K, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gut. 2019 May;68(5):776-789