

ATENCIÓN DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN URGENCIAS

CRITERIOS DE INGRESO EN LA UCE

Enero de 2015

Begoña Sacristán Terroba
Jefa de Sección de Digestivo

Pedro Marco Aguilar
Coordinador de Urgencias

INTRODUCCIÓN

Rectorragia es la emisión de sangre roja por el ano, de forma aislada o mezclada con las heces.

Hematoquecia es el término que se utiliza cuando la sangre emitida es de color rojo vinoso.

Hemorragia digestiva baja (HDB) es la pérdida de sangre que se origina en los tramos distales del ángulo de Treitz.

La HDB cede espontáneamente en la mayoría de los casos. Tiene una baja mortalidad (<5%), la cual está mas en relación con las enfermedades de base que con la propia hemorragia. Al margen de la comorbilidad, se consideran factores de riesgo el consumo de AINES, la necesidad de transfusión y la inestabilidad hemodinámica.

Las causas más frecuentes a cualquier edad son la fisura anal y las hemorroides.

Como causas de hemorragia potencialmente grave hay que considerar:

- En personas mayores de 50 años: divertículos, angiodisplasia, tumores, isquemia intestinal.
- En personas menores de 50 años: enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa.

EVALUACIÓN EN URGENCIAS:

Ir  fundamentalmente dirigida a:

- 1) Valorar la gravedad y pronóstico. Medidas de estabilización.
- 2) Determinar la localización de la lesión

Historia clínica: Anamnesis:

- Forma de presentación: características del sangrado (color: rojo, granate, negro..., cuantía, frecuencia de las deposiciones...).
- Antecedentes: existencia de comorbilidades, como coagulopatías, hepatopatía, enfermedad cardiovascular u otros factores de riesgo, uso de AINES o anticoagulantes, episodios anteriores, historia previa de colonoscopia, polipeptom as, radioterapia o cirugía.
- Síntomas acompañantes: mareo, síncope, dolor anal, dolor abdominal, fiebre, diarrea, estreñimiento, etc.

Exploración física:

- Situación hemodinámica: TA, pulso, hipotensión ortostática, signos de mala perfusión periférica.
- Exploración física completa: nivel de conciencia, auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal, valorar si estigmas de hepatopatía.
- Tacto rectal y exploración anal.
- Colocación de sonda nasogástrica (SNG) en pacientes con hemorragia grave o bien si se sospecha que la hemorragia es alta. Retirarla una vez comprobado el color del aspirado (se confirma que se trata de una hemorragia digestiva alta (HDA) si el aspirado es rojo o negro; si es claro puede ser de origen duodenal con píloro cerrado; si el aspirado es bilioso muy probablemente no se trata de una HDA.
- Hay que considerar que si el sangrado es intenso y existe inestabilidad hemodinámica probablemente se trate de una HDA. El 15% de las rectorragias son debidas a HDA. El 85% de las hemorragias digestivas con repercusión hemodinámica son HDA.

Medidas en Urgencias:

En función del estado y características del paciente, considerar, entre otras cuestiones:

- Vía venosa para toma de muestras analíticas y reposición de volumen si precisa.
- Analítica urgente: hemograma y coagulación, función hepática y renal. CoaguChek si toma dicumarínicos.
- Necesidad de cruzar sangre.

Evaluación pronóstica:

La gravedad depende de la repercusión hemodinámica del sangrado. Se considera **grave** la hemorragia digestiva baja que persiste tras las 24 primeras horas del ingreso o recurre tras 24 horas de estabilidad o se asocia a alguna de las siguientes características:

- FC > 100 pm
- TA < 100, síncope
- Hb < 9 en ausencia de anemia crónica
- Descenso de la hemoglobina previa > 2 g/dl.

PLAN DE ACTUACIÓN

A) PACIENTES SIN HEMORRAGIA GRAVE Y CON SANGRADO QUE SE AUTOLIMITA.

En este caso se considerarán dos alternativas:

1. Dar de alta y solicitar desde Urgencias colonoscopia preferente:

Cuando se va a solicitar una colonoscopia desde Urgencias, hay que indicar en el informe de alta que se solicita una colonoscopia, explicar al paciente el procedimiento y darle la preparación (solución evacuante Bohm) con las adecuadas instrucciones. Dejar firmado el consentimiento informado, que se entregará al paciente para que lo lleve el día de la exploración. Dejar una copia del informe de Urgencias en Admisión de Urgencias, desde donde se tramitará la petición. El resultado de la exploración lo valorará su médico de atención primaria.

En el caso de menores de 50 años en los que se sospeche la existencia de EII (diarrea, moco...) se solicita desde Urgencias una rectoscopia de la misma manera que la colonoscopia, pero la preparación se hace con enema casen administrado 2 horas antes de la exploración únicamente.

Se puede dar el alta desde Urgencias a pacientes con hemorragia leve, autolimitada, sin inestabilidad hemodinámica ni anemia y con patología anal evidente, o bien si no puede evidenciarse hemorragia en el tacto. Y además cumplen estos tres requisitos:

- Hb > 13
- No anticoagulación ni antiagregación.
- TA > 115

2. Ingreso en UCE para hacer colonoscopia al día siguiente y alta según resultado:

Durante el ingreso en UCE: dieta líquida, solicitar colonoscopia que se realizará al día siguiente (salvo en ingresos de sábado o vísperas de festivo) y administrar la preparación (preferiblemente con solución evacuante Bohm)

Preparación Colonoscopia

Premedicación	Metoclopramida 10 mg IV
Solución evacuante Bohm	Preparar 4 litros y tomar un vaso cada 15 min
Citrafleet	Preparar 2 litros a tomar en 4-5 h (junto con otros 2 litros de agua)
Administración	Conseguida la estabilización hemodinámica. Si mala tolerancia se puede administrar por SNG. Acabar la preparación al menos 3 horas antes de la colonoscopia

B) PACIENTES CON HEMORRAGIA BAJA GRAVE:

- Colocar dos vías periféricas de calibre grueso.
- Monitorización.
- Valorar vía central, oxigenoterapia, sonda urinaria, UMI. (En personas con enfermedad terminal ha de considerarse la pertinencia de limitación terapéutica y la aplicación de medidas de confort o paliativas).
- Analítica urgente y reservar sangre.
- Dieta absoluta el primer día y si posteriormente el paciente se encuentra estable iniciar la preparación de la colonoscopia.
- Reponer volemia con suero fisiológico y valorar si precisa transfusión de sangre según necesidades.
- En pacientes con hemorragia masiva a los que se han de administrar más de 4 concentrados de hematíes en una hora se han de reponer factores de coagulación en función del fibrinógeno y las plaquetas. Si fibrinógeno < 1,5 g/dl o TPTA > 1,5, poner plasma fresco congelado, y si plaquetas < 50.000 se han de transfundir plaquetas. O bien utilizar la pauta de 4:2:1 (por cada 4 concentrados de hematíes administrar 2 unidades de plasma fresco congelado y 1 de plaquetas).

CRITERIOS DE TRANSFUSIÓN

Se utiliza la transfusión de concentrados de hematíes para corregir la anemia y mejorar el transporte de oxígeno y no la hipovolemia. Un concentrado aumenta la hemoglobina en 1 g y el hematocrito un 3 % aproximadamente. La decisión de transfundir se basa en la situación clínica del paciente y no sólo en los resultados de los análisis.

Factores a considerar:

- Comorbilidades: EPOC, sepsis.
- Sintomatología asociada a isquemia de algún órgano.
- Riesgo de recidiva hemorrágica.
- Hemorragia activa.
- Situación hemodinámica.

Aunque la necesidad de transfusión debe valorarse de forma individualizada, una pauta orientativa sería:

- Hb >10 g/dl: solo se transfunde de manera excepcional.
- Hb <6-7 g/dl: se transfunde aun con paciente estable
- Hb <8 g/dl: transfundir en pacientes postoperados, o con cardiopatía preexistente o pacientes sintomáticos (taquicardia, hipotensión, dolor torácico).

En pacientes estables hemodinámicamente, la decisión de transfundir depende de los síntomas más que de la analítica. Si el paciente padece cardiopatía isquémica se recomienda mantener la cifra de hemoglobina por encima de 10 g/dl. En pacientes con anemia sintomática mal tolerada, conviene transfundir independientemente del resultado del análisis.

ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN

Hay que valorar individualmente el riesgo trombótico tras la retirada de la antiagregación o la reversión de la anticoagulación. En pacientes con riesgo alto trombótico se recomienda no suspender el antiagregante/anticoagulante salvo que exista riesgo vital. En caso de suspensión se ha de reiniciar lo antes posible, si es posible en las primeras 72 h.

1.- Pacientes en tratamiento con anticoagulantes:

Valorar el estado hemodinámico del paciente y el valor de INR.

Pacientes con hemorragia grave:

Revertir la anticoagulación con concentrado factores (Beriplex), puesto que su administración y efecto son más rápidos que con el plasma fresco congelado. Además, ha de asociarse vitamina K por vía IV. Hay que considerar que la administración de vitamina K en estas circunstancias como medida única no es útil en la hemorragia grave porque tarda 4 horas en corregir la coagulación.

Reiniciar la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular en cuanto se considere posible en el caso en que se valore que el riesgo trombótico es mayor que el riesgo de hemorragia. Dosis de enoxaparina 1 mg/kg cada 12 horas sc (ajustar dosis en ancianos y pacientes con insuficiencia renal), si es posible evitar dosis > 60 mg /12 h.

Pacientes sin hemorragia digestiva grave:

Si el nivel de anticoagulación está en rango supraterapéutico: corrección con vitamina K IV y retrasar la endoscopia hasta obtener nivel terapéutico de anticoagulación, con control de INR.

Si el nivel anticoagulación está en rango terapéutico: Si hay alto riesgo trombótico se ha de valorar si se puede mantener la anticoagulación a nivel de INR 2-2,5 o bien ha de revertirse con vitamina K. Si se suspende anticoagulación, se ha de iniciar la administración de heparina de bajo peso molecular de forma inmediata.

2.- Pacientes en tratamiento con antiagregantes:

En pacientes de alto riesgo trombótico no suspender la antiagregación (que habitualmente será doble) salvo riesgo vital. En caso de doble antiagregación el clopidogrel es el fármaco que primero ha de suspenderse por tener mayor riesgo de hemorragia. La dosis de AAS se reduce a 100 mg si el paciente está tomando dosis superiores.

En pacientes con bajo riesgo trombótico se puede suspender la antiagregación por periodos cortos de 3 días. Pero se ha de reiniciar lo antes posible y dentro del periodo crítico de 3 días.

Tabla 2 Riesgo de trombosis si se suspende el tratamiento anticoagulante en función de la enfermedad de base

	Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo
Válvula mecánica	Válvula mitral, prótesis Ao antiguas, AVC o AIT < 6 m	Prótesis Ao bivalva + 1 factor (FA, AVC o AIT previo, HTA, DM, ICC, edad > 75 años	Prótesis Ao bivalva sin factores de riesgo
FA	CHADS ₂ ≥ 5, AVC o AIT < 6 m. Enfermedad valvular reumática	CHADS ₂ 3 o 4 AVC o AIT previos < 6 m	CHADS ₂ ≤ 2 sin AVC ni AIT previos
EDEV	EDEV < 3 m. Trombofilias graves	EDEV 3-12 m. EDEV recurrente. Trombofilias no graves, cáncer activo	EDEV < 12 m sin factores de riesgo

AIT: accidente vascular transitorio; Ao: aórtica; AVC: accidente vascular cerebral; DM: diabetes mellitus; EDEV: enfermedad tromboembólica venosa; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; a: años, m: meses.

Riesgo de trombosis si se suspende el tratamiento antiagregante en función de la enfermedad de base:

Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo Bajo
Stent fármaco-activo insertado <6-12 meses	Stent fármaco-activo insertado > 6-12 meses	Prevención primaria de enfermedad cardiovascular o enfermedad vascular periférica
Stent metálico insertado < 6 semanas IAM o ACV < 3 meses	Stent metálico insertado > 6 semanas IAM o ACV > 3 meses	

DIAGNÓSTICO

Pacientes con hemorragia digestiva baja grave:

En pacientes con rectorragia e inestabilidad hemodinámica se indica una gastroscopia como primera exploración, tras la reanimación hemodinámica del paciente.

Si no es posible realizar la gastroscopia o bien ésta fuera normal, se estudiará mediante angio-TAC. La única contraindicación para ello es el antecedente de reacción adversa grave al contraste yodado. Si se observa extravasación de contraste, ha de seguirse de la realización de arteriografía terapéutica (embolización). Si no hay extravasación de contraste, se inicia la preparación para la colonoscopia.

Pacientes sin hemorragia digestiva grave:

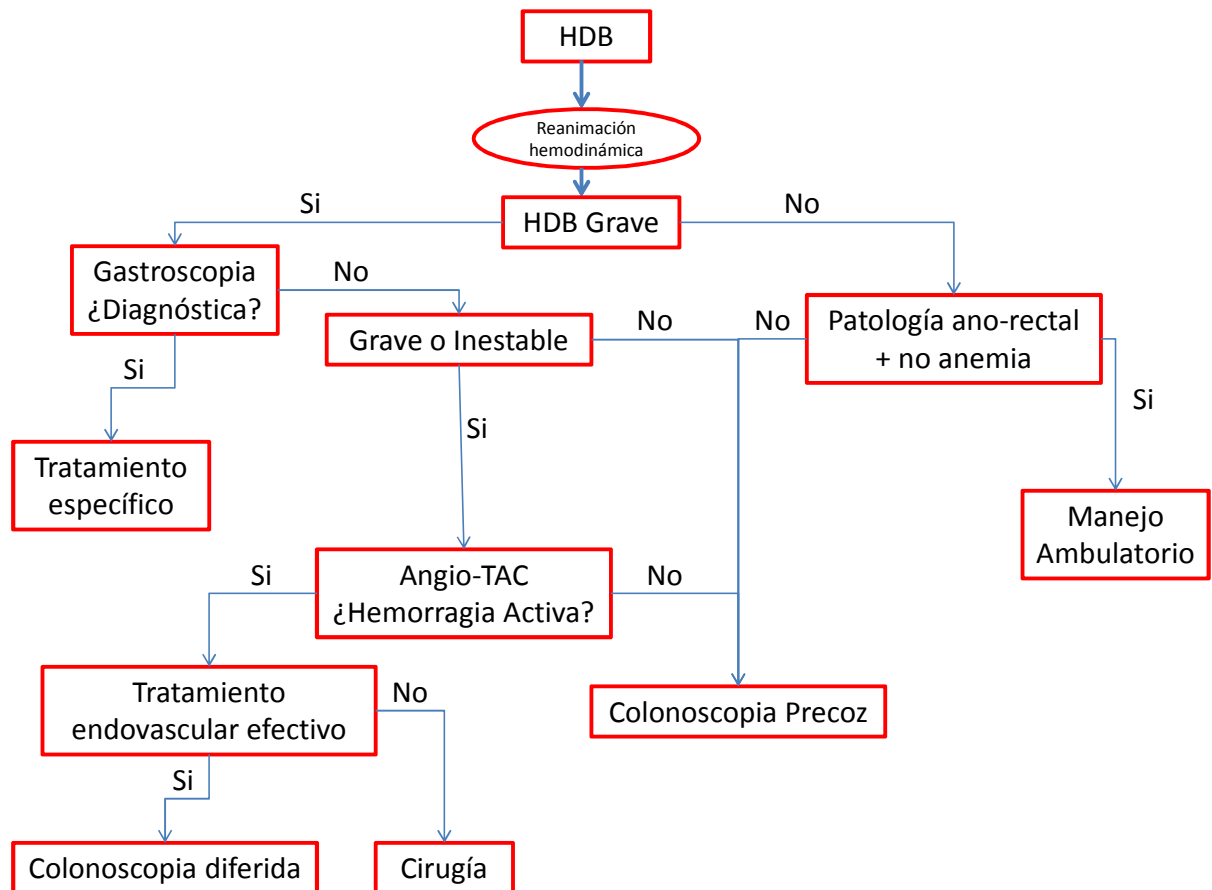
La colonoscopia será la primera exploración a realizar, tras la estabilización hemodinámica y con la adecuada preparación.

Con los hallazgos de la colonoscopia se decide el plan diagnóstico/terapéutico posterior.

Pacientes con colonoscopia NO diagnóstica:

Plan a seguir en pacientes sin comorbilidades graves, en los que los estudios y medidas adicionales van a tener rentabilidad terapéutica.

La siguiente exploración será la gastroscopia. Si ésta es normal, se solicita: Entero-resonancia y/o capsula endoscópica, enteroscopia.



Algoritmo diagnóstico de hemorragia digestiva baja

BIBLIOGRAFÍA

Alberca de las Parras F. Clinical practice guidelines for managing coagulation in patients undergoing endoscopic procedures. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;2(102):124-38.

Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol* 2008;31(10):652-67.

Fernández Alonso C, García Lamberechts EJ, Fuentes Ferrer M, et al. Manejo de la hemorragia digestiva baja en la unidad de corta estancia. *Emergencias* 2010;22:269-74.

Green BT, Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding-management. *Gastroenterol Clin North Am* 2005;34:665-78.

Guideline Development Group. Management of acute gastrointestinal blood loss: summary of SIGN guidelines. *BMJ* 2008;337:928-30.

Martín Arribas MI, Umaña Mejía J, Calderón Begazo R. Protocolo diagnóstico de la rectorragia. *Medicine* 2012;11(6):374-7.

Martín Martín L, Trapero Marugán M, Cantero Perona J, Moreno Otero R. Dificultades y controversias en el manejo de la hemorragia digestiva baja. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* 2008;9(100):560-64.

Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2006;130:165-71.

Vignote Alguacil ML, González Galilea A, Montero Pérez FJ, Pérez Rodríguez E, Jiménez Murillo L. Hemorragia digestiva baja. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y protocolos de actuación (4ª ed)*. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 315-19.