

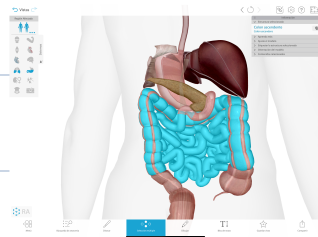
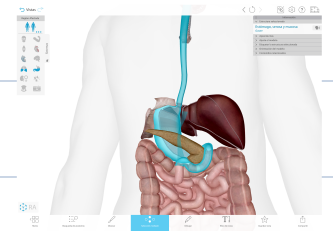
Hemorragia Digestiva

1. Definiciones básicas

- Hematemesis: vómito de sangre roja (sangrado activo alto).
- Vómito en borra de café: sangre digerida por jugo gástrico.
- Melena: heces negras, fétidas y pastosas → sangrado digestivo alto.
- Hematoquezia: sangrado rojo oscuro por recto → típico de sangrado bajo, pero puede verse en sangrado alto masivo y rápido.
- Hemoptisis: sangre espumosa al toser (respiratorio, no digestivo).

2. Clasificación

- Alta (HDA): por encima del ligamento de Treitz (esófago, estómago, duodeno).
- Baja (HDB): distal al ligamento de Treitz (colon, recto, ano).



3. Etiología

● Hemorragia Digestiva Alta (más frecuente)

- Úlcera péptica (duodenal o gástrica).
→ aspirina, corticoides
- Gastritis erosiva (fármacos, AINEs, estrés, trauma, quemaduras).

- Várices esofágicas (cirrosis, hipertensión portal).
- Síndrome de Mallory-Weiss (desgarro mucoso por vómitos repetidos).
- Reflujo gastroesofágico complicado.
- Tumores (esófago, estómago).
- Trastornos de coagulación, lesiones vasculares (Dieulafoy).

● Hemorragia Digestiva Baja

- Enfermedad diverticular (más frecuente).
- Angiodisplasias (colon derecho, ancianos).
- Colitis (isquémica, CUCI, Crohn).
- Neoplasias de colon y recto.
- Enfermedad anorrectal (hemorroides, fisuras).
- Menos frecuente: intestino delgado, EII.

4. Clínica clave

- Dolor epigástrico → úlcera péptica.
- Antecedente hepatopatía + shock + hematemesis → várices esofágicas.
- Vómitos intensos previos + hematemesis → Mallory-Weiss.
- Melena (negra, fétida) → sangrado alto.
- Hematoquezia → sangrado bajo (o alto masivo).

5. Complicaciones de úlcera péptica

- Hemorragia (más común, 15–25%).
- Perforación → aire libre subdiafragmático.
- Penetración → dolor hacia espalda/páncreas.
- Obstrucción → estenosis pilórica (vómitos, estómago retencionista).

6. Diagnóstico

- Historia clínica y examen físico.
- Laboratorios: hemograma, coagulación, función renal.
- Lavado gástrico con SNG: descarta sangrado alto.
- Endoscopia alta (diagnóstico y tratamiento inicial en HDA).
→ Gold Standard
- Colonoscopia (diagnóstico y tratamiento inicial en HDB).
- Centelleo Tc99: detecta sangrado bajo (0.1 ml/min).
- Angiografía / AngioTAC: localiza sangrado y permite embolización.

✦ Hemograma en paciente con úlcera péptica

1. Si está sangrando agudo (hemorragia digestiva alta):

- Hemoglobina y hematocrito: pueden estar normales al inicio (no hay tiempo para hemodilución).
- Luego de unas horas → Hb y Hto descienden.
- Puede haber leucocitosis reactiva.
- Plaquetas: normales o elevadas como respuesta reactiva.

2. Si es un sangrado crónico oculto (úlcera sangrante pequeña o intermitente):

- Anemia microcítica hipocrómica (por ferropenia).
- Hb baja, VCM bajo, HCM bajo.
- Ferritina baja, hierro sérico bajo, TIBC alto (si pidieran perfil férrico).

✦ Frases de examen típicas:

- "Paciente con melena crónica, hemoglobina 8 g/dl, VCM bajo, HCM bajo"
→ Anemia ferropénica por úlcera péptica crónica.
- "Paciente con hematemesis masiva, Hb y Hto inicialmente normales, pero inestable hemodinámicamente" → Hemorragia aguda, aún sin hemodilución.

→ < 24h y PAX hemo estable

7. Clasificación Forrest (sangrado por úlcera péptica) *Riesgo de resangrado y mortalidad en HDA*

- Ia: sangrado activo en chorro. *(90 - 100%, altísimo)*
"alta presión"
- Ib: sangrado en napa/rezumante. *(50 - 90%, muy alto)*
(Sangrado difuso, en erena)
- IIa: vaso visible no sangrante. *(40 - 50%, alto)*
- IIb: coágulo adherido. *(20 - 30%, moderado)*
- IIc: mancha plana pigmentada. *(5 - 10%, bajo)*
- III: úlcera limpia sin sangrado. *(< 5%, muy bajo)*



👉 Ia-IIb = alto riesgo de resangrado → terapia endoscópica.

8. Manejo inicial del paciente

1. Reanimación:

- Dos vías gruesas, cristaloides, transfusión si Hb < 7 g/dl (o < 9 en cardiopatía).
- Plaquetas/PFC/Vit K si alteración de coagulación.
- Oxígeno, monitorización, reposo.

2. IBP EV: Omeprazol 80 mg bolo + infusión continua.

3. Endoscopia:

- Alta → diagnóstico + terapia (adrenalina, hemoclips, argón plasma).
- Baja → colonoscopia (ideal en primeras 12-24 h).

4. Angiografía: si colonoscopia fallida o paciente no apto para cirugía.

5. Cirugía: indicaciones

- 4 U GRE en 24h o >10 U en total.
- Hemorragia no controlada en 72h.
- Resangrado masivo precoz.
- Perforación asociada.

9. Manejo según causa

propia

- Úlcera péptica: IBP + erradicación H. pylori + terapia endoscópica.
- Varices esofágicas: octreótido/terlipresina + antibióticos profilácticos + ligadura endoscópica ± TIPS.
- Mallory-Weiss: la mayoría autolimitada, si no → endoscopia.
- HDB diverticular: colonoscopia → hemostasia con clips, adrenalina.
- Angiodisplasias: coagulación con argón plasma.

Machete de Hemorragia Digestiva

Tema	Puntos clave	Frases de examen que orientan
Definiciones	Hematemesis = vómito de sangre fresca Melena = heces negras fétidas Hematoquezia = sangre roja rectal Hemoptisis = sangre espumosa (respiratoria)	“Vómito en posos de café” → HDA “Melena, heces negras fétidas” → HDA “Sangrado rojo vivo rectal” → HDB o HDA masivo
Etiología HDA	Úlcera péptica (principal) Gastritis erosiva (AINEs, estrés) Várices esofágicas Mallory-Weiss (vómitos repetidos) RGE, tumores, coagulopatías	“Hepatópata con hematemesis masiva” → Várices “Varón joven tras vómitos intensos” → Mallory-Weiss “Paciente UCI con AINEs, melena” → Gastritis erosiva
Etiología HDB	Divertículos (más común) Angiodisplasias (colon derecho, ancianos) Colitis (isquémica, CUCI) Neoplasias Patología anorrectal	“Anciano con hematoquezia recurrente” → Angiodisplasia “>50 años con hematoquezia + anemia” → Cáncer colorrectal “Sangrado rojo brillante + dolor anal” → Hemorroides/fisura
Úlcera péptica (clínica)	Duodenal: dolor mejora con comidas, reaparece horas después Gástrica: dolor empeora tras comidas	“Dolor epigástrico mejora al comer, reaparece” → Úlcera duodenal “Dolor epigástrico empeora con comida” → Úlcera gástrica
Complicaciones úlcera	Hemorragia (más común) Perforación → aire libre subdiafragmático Penetración → dolor a espalda Obstrucción pilórica → vómitos tardíos	“Dolor súbito + abdomen rígido + aire subdiafragmático” → Perforación “Vómitos tardíos, deshidratación” → Estenosis pilórica
Clasificación Forrest	Ia: sangrado en chorro Ib: rezumante IIa: vaso visible IIb: coágulo adherido IIc: mancha pigmentada III: úlcera limpia	“Úlcera gástrica con vaso visible” → Forrest IIa (alto riesgo)

Diagnóstico inicial	Historia + examen Labs: Hb/Hto, coagulación SNG (sangre = HDA) Endoscopia (HDA) Colonoscopia (HDB) Tc99 / AngioTAC	"Hematoquezia + SNG con sangre" → HDA masiva "Colonoscopia <12h" → manejo ideal HDB
Manejo inicial	ABC, 2 vías periféricas gruesas Cristaloides, transfusión GRE si Hb <7 (<9 cardiopatía) Oxígeno, suspender AINEs IBP EV bolo + infusión continua	"Paciente con HDA estable, primer paso antes de endoscopia" → Reanimación + IBP EV
Tratamiento específico	HDA: endoscopia (adrenalina, hemoclips, argón) Varices: octreótido/terlipresina + ATB + ligadura HDB: colonoscopia (clips, argón) Angiografía si falla Cirugía si criterios	"HDA con hematemesis y shock, endoscopia fallida" → Angiografía "HDB masiva, colonoscopia fallida" → Angiografía/embolización "Requiere >4 U GRE en 24h" → Cirugía

