

## Manejo de la anemia.

### • ESTRATEGIA TRANSFUSIONAL:

- Transfundir con  $Hb <7g/dL$ : Pacientes estables, sin comorbilidad (sin factores de riesgo, signos de alarma o disfunción de órganos), asintomáticos, con hemorragia inactiva y bajo riesgo de recidiva.
- Transfundir con  $Hb <8g/dL$ : Pacientes con factores de riesgo [cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias graves, EPOC, factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial)].
- Transfundir con  $Hb <9g/dL$ : Paciente con disfunción de órganos (cardíaca, cerebral, pulmonar o hepática).

- FERROTERRAPIA: Vía oral o Vía intravenosa (No tolera la vía oral, necesidad de aportar gran cantidad de hierro o si es urgente conseguir respuesta en casos de anemia grave).

## Tratamiento HDB:

- 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:
  - Reiniciar dieta < 24 h
  - Evitar desnutrición y sobrecarga de líquidos
- Movilización:
  - Evitar encamamiento
  - Profilaxis ETV
- Enfermedad de base:
  - Control de comorbilidades

## Manejo del paciente anticoagulado

- Individualizar. Valorar riesgo hemorrágico y trombótico.
- Hemorragia activa e inestabilidad hemodinámica: revertir coagulación urgentemente
- Importante conocer tiempo desde la última dosis de ACOD, aclaramiento de creatinina y tiempo de eliminación del fármaco,

	Dicumarínicos	ACOD	
		Dabigatran (Inhibidor directo trombina-FII)	Rivaroxaban, Apixaban y Edoxaban (Anti-Xa)
<i>Test de coagulación alterados</i>	TP (INR) ↑	TTPa ↑ y TTd ↑	TP ↑/- TTPa ↑ /- Anti-FX ↑
La normalidad de los test de laboratorio actuales no excluye la actividad del fármaco.			
<b>HDA leve/moderado</b>	• Vitamina K 20mg/iv	• Discontinuar la siguiente dosis.	
<b>HDA grave/inestable</b>	• Vitamina K • P F C 10 ml/kg iv • C C P 25-50 U/kg/iv	• Idarucizumab (Praxbind®) • CCPa 50-100 U/kg/iv • Hemodiálisis/hemoperfusión	• Andexanet alfa (AndexXa®) * • CCP 25-50 U/kg/iv
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfusión de hemoderivados (según necesidades): Anemia (ver apartado); Trombopenia [o plaquetas no funcionantes (antiagregantes)]; pool de plaquetas</li> <li>- Endoscopia o cirugía cuando sea necesario</li> </ul>			

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.

\* Aprobado por la FDA

→ 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 del paciente antiagregado

- Individualizar. Valorar riesgo hemorrágico y trombótico
- Suspender si AAS en prevención primaria.
- Mantener si AAS en prevención secundaria.
- Pacientes doble antiagregación (stent farmacoactivo): mantener dosis baja de aspirina y suspender segundo antiagregante durante corto periodo de tiempo (1-7 días). Mantener doble antiagregación si <30 días colocación stent o <90 días de SCA.

# MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA



**HDSEMES**  
GRUPO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Emili Gené Tous, Rebeca González González, Beatriz Rojano Martín, Patricia Martínez Olaizola, Elena Aznar Andrés, Pascual Piñera Salmeron, Xavier Calvet Calvo.  
GRUPO DE TRABAJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SEMES

## Definición.

- Hemorragia por lesiones distales al ángulo de Treitz.
- Causa más frecuente de Hemorragia digestiva (HD)
- 80-90% ceden espontáneamente.
- Mortalidad: 2-4%, principalmente derivada de la descompensación de la patología de base.

## Etiología.

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

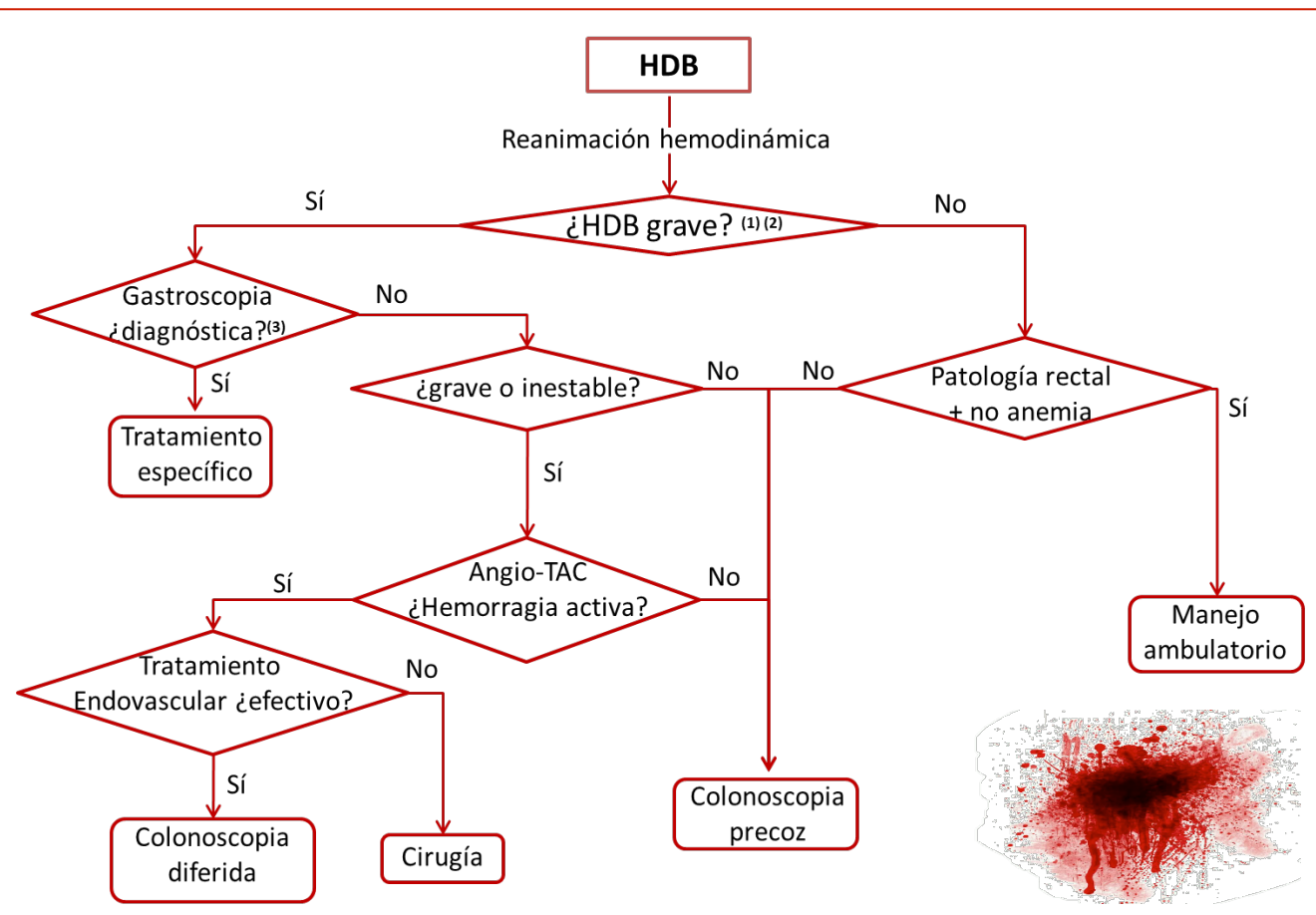
## Aproximación inicial.

- Estabilización hemodinámica precoz. Infusión de cristaloides.
- Canalizar dos vías periféricas (14 o 18 G).
- Pruebas complementarias:
  - Hemograma, bioquímica, pruebas cruzadas y coagulación.
  - Rx tórax y EKG si sospecha de descompensación de patología respiratoria y/o cardiovascular.
- En shock hipovolémico: No existe correlación entre hemoglobina y anemia. Transfundir cristaloides y concentrados de hematíes (CdH) simultáneamente.
- Dieta absoluta (HDB grave), pobre en residuo (HDB leve)



Sociedad Española de  
Medicina de Urgencias  
y Emergencias

## Estrategia diagnóstica en el manejo de la HDB



### (1) HDB grave:

**Rectorragia las primeras 4 horas del ingreso y uno de los siguientes**

- ✓ PAS < 100 mmHg
- ✓ FC > 100 lpm
- ✓ Síncope no explicado por otra causa
- ✓ Hb < 9 g/dL en ausencia de anemia crónica
- ✓ Disminución Hb 2 g/dL

### (2) Factores de riesgo HDB grave (Strate):

**≥3 factores → HDB grave (84%)**

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

### (3) ¿HDA o HDB?

- ✓ HDA masiva con tránsito rápido se presenta a menudo en forma de rectorragia.
- ✓ 85% de las hemorragias digestivas con repercusión hemodinámica son HDA

### Alto riesgo de recidiva

- ✓ Estigmas de hemorragia reciente en la endoscopia (vaso visible, coagulo adherido o úlcera con fibrina).
- ✓ Sangrado de origen vascular (angiodisplasia), diverticular.
- ✓ Colonoscopia no diagnóstica.
- ✓ Presencia de sangre roja en colonoscopia.

### Alta precoz.

- HDB leve autolimitada
- Sin inestabilidad hemodinámica ni anemia
- Tacto rectal. Sin restos hemáticos
- Sin comorbilidades y entorno familiar controlado

### Bibliografía

1. Strate LL, Orav EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. Arch Intern Med. 2003;163:838-43.
2. Guardiola J, García-Iglesias P, Rodríguez-Moranta F, Brullet E, Salo J, Alba E et al. Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(8):534-45.
3. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. Am J Gastroenterol. 2016;111(4):459-74.
4. Gralnek IM, Neeman Z, Strate LL. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med. 2017;376(11):1054-1063.