



Algoritmo diagnóstico-terapéutico: diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva baja

Autores: Dr. Carlos Sostres Homedes / Dr. Gonzalo Hijos Mallada

Ante un paciente con sospecha de hemorragia digestiva baja (HDB), se deben realizar de forma sistemática las siguientes actuaciones diagnóstico – terapéuticas:

- 1. Manejo inicial común:** se debe realizar una primera evaluación y aproximación diagnóstica al mismo tiempo que se realizan las medidas terapéuticas iniciales. Importante una correcta anamnesis (comorbilidad, episodios anteriores, toma de fármacos), exploración física (debe incluir tacto rectal), toma regular de constantes vitales, analítica básica y canular dos vías periféricas. Si el paciente precisa reposición de volemia se hará con soluciones cristaloides. Se transfundirán concentrados de hematíes siguiendo una política restrictiva, transfundiendo únicamente si la cifra de hemoglobina es ≤ 7 g/dl, con objetivo de 7-9 g/dl (en pacientes con patología cardiovascular, objetivo de ≥ 10 g/dl).
- 2. Valorar estabilidad hemodinámica:** utilizar las constantes vitales habituales del paciente, así como otros signos indirectos de gravedad. Se puede emplear el “shock index” - cociente de la frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica, si > 1 indica inestabilidad.

2.1 Manejo diagnóstico – terapéutico del paciente con HDB estable: se debe realizar una estimación de la gravedad del paciente, basada principalmente en su situación clínica y analítica. Índices pronósticos, especialmente el índice de Oakland, pueden ser útiles en este contexto.

2.1.1) En pacientes de bajo riesgo (Oakland ≤ 8) se puede plantear el alta hospitalaria y realizar estudio diagnóstico de manera ambulatoria.

2.1.2) En pacientes de alto riesgo, la prueba de primera elección es la colonoscopia. Se realizará durante el ingreso (no es preciso que sea en las primeras 24 horas) y siempre con preparación. En caso de lograr controlar la hemorragia, finaliza aquí el manejo de la hemorragia digestiva baja. En caso de no lograr filiar la hemorragia y si esta persiste, se debe plantear un estudio de intestino delgado. En función de la patología que se demuestre en esta prueba, se realizarán las siguientes actuaciones terapéuticas:

- a) Hemorragia de origen diverticular: son de elección los métodos mecánicos (clips, ligadura endoscópica con bandas, “over the scope”



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

clips o lazo hemostático). En caso de fracaso plantear agentes hemostáticos tópicos.

- b) Hemorragia postpolipectomía: se recomienda observación activa durante 24 horas y solo realizar colonoscopia si el sangrado no se autolimita. En caso de realizarla, son de elección métodos mecánicos o térmicos (pinza de coagulación, punta del asa, coagulación con argón plasma – APB). En caso de fracaso plantear agentes hemostáticos tópicos.
- c) Angiodisplasias: de elección APC, realizar inyección submucosa si localizada en colon derecho especialmente si miden más de 1cm. En caso de fracasos considerar clips o electrocoagulación monopolar.
- d) Proctitis actínica: de elección APC, que se puede repetir cada 4 -6 semanas. En caso de fracaso plantear ablación con radiofrecuencia (repetir cada 12 – 16 semanas), electrocoagulación monopolar, o sonda de calor.

2.2 Manejo diagnóstico – terapéutico del paciente con HDB inestable: la prueba de primera elección es el AngioTC urgente, seguido de arteriografía + embolización supraselectiva en caso de que se demuestre fuga de contraste. Se recomienda que la angiografía se realice en los primeros 60 minutos. Si esta estrategia es resolutive, se debe realizar colonoscopia diferida para una correcta filiación de la lesión sangrante. Si el sangrado persiste, valorar evaluación y manejo mediante colonoscopia (si la estabilidad del paciente permite realizar preparación), dejando la cirugía como último recurso. En casos con AngioTC normal y persistencia de inestabilidad o en casos de sospecha de hemorragia digestiva alta (cociente urea/creatinina elevado, antecedente de hemorragia de origen alto) se debe realizar gastroscopia.

3. Manejo de fármacos antiagregantes /anticoagulantes

3.1 Anticoagulantes: en pacientes hemodinámicamente estables y sin datos de alto riesgo (Oakland ≤ 8) se pueden mantener con seguridad. En el resto de los casos, deben retirarse, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

3.2.1) Si existe inestabilidad hemodinámica, se debe revertir la anticoagulación:

- a) Antagonistas de vitamina K: vitamina K y concentrados de complejo protrombínico IV.
- b) Dabigatrán: idaruzizumab.
- c) Anti-factor Xa: andenaxet alfa o concentrados de complejo protrombínico IV.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

3.2.2) El momento de reiniciar la anticoagulación depende del riesgo trombótico del paciente:

- a) Alto riesgo (portadores de prótesis mitrales o aórticas metálicas, evento tromboembólico en los 3 meses previos, fibrilación auricular asociada a otros factores – estenosis mitral, puntuación CHADS2 \geq 5, accidente cerebrovascular 3 meses previos): reiniciar en las primeras 48 – 72 horas con heparina de bajo peso molecular.
- b) Bajo riesgo: reiniciar lo antes posible a partir del séptimo día de evolución.

3.2 Antiagregantes

3.2.1) Ácido acetilsalicílico (AAS) como profilaxis primaria: suspenderse durante el episodio, valorar la suspensión definitiva.

3.2.2) Profilaxis secundaria:

- a) AAS en monoterapia: mantener en casos leves o en los que se logra el control de la hemorragia. En el resto suspenderlo un máximo de 5 días.
- b) Doble antiagregación: mantener ambos en casos leves o en los que se logra el control de la hemorragia. En el resto mantener AAS y suspender el segundo antiagregante un máximo de 5 días.

Referencias

1. Abraham NS, Barkun AN, Sauer BG, Douketis J, Laine L, Noseworthy PA, et al. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period. *The American journal of gastroenterology*. 2022
2. Triantafyllou K, Gkolfakis P, Gralnek IM, Oakland K, Manes G, Radaelli F, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2021;53(8):850-68.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

3. Karuppasamy K, Kapoor BS, Fidelman N, Abujudeh H, Bartel TB, Caplin DM, et al. ACR Appropriateness Criteria® Radiologic Management of Lower Gastrointestinal Tract Bleeding: 2021 Update. *Journal of the American College of Radiology : JACR*. 2021;18(5s):S139-s52
4. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairath V, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*. 2019;68(5):776-89.
5. Kishino T, Nagata N, Kobayashi K, Yamauchi A, Yamada A, Omori J, et al. Endoscopic direct clipping versus indirect clipping for colonic diverticular bleeding: A large multicenter cohort study. *United European gastroenterology journal*. 2022;10(1):93-103.
6. Oakland K, Guy R, Uberoi R, Hogg R, Mortensen N, Murphy MF, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut*. 2018;67(4):654-62
7. Oakland K, Jairath V, Uberoi R, Guy R, Ayaru L, Mortensen N, et al. Derivation and validation of a novel risk score for safe discharge after acute lower gastrointestinal bleeding: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & hepatology*. 2017;2(9):635-43
8. Lee JK, Agrawal D, Thosani N, Al-Haddad M, Buxbaum JL, Calderwood AH, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy for bleeding from chronic radiation proctopathy. *Gastrointestinal endoscopy*. 2019;90(2):171-82.e1
9. Nagata N, Ishii N, Manabe N, Tomizawa K, Urita Y, Funabiki T, et al. Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis: Japan Gastroenterological Association. *Digestion*. 2019;99 Suppl 1:1-26.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO

GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA