

## ANTIAGREGADOS

- Si en endoscopia **no hay estigmas de riesgo hemorrágico**: reinicio inmediato.
- **Si riesgo de complicación CV > riesgo de resangrado**: reinicio precoz (< 72 h).
- **Si doble antiagregación**: suspender clopidogrel durante corto periodo y mantener dosis baja de aspirina.

## ANTICOAGULADOS

1. **Individualizar**: valorar riesgo hemorrágico y trombótico.
2. **Si hemorragia activa e inestabilidad hemodinámica revertir** anticoagulación urgentemente.
3. Importante conocer cuándo tomó la **última dosis de ACOD**.
4. Reinicio precoz de la anticoagulación una vez conseguida la hemostasia:
  - **Alto riesgo trombótico**: en las primeras 48h.
  - **En el resto**: antes del 7º día.

	Dicumarínicos	ACOD			
		Dabigatran (Pradaxa®)	Rivaroxaban (Xarelto®)	Apixaban (Eliquis®)	Edoxaban (Lixiana®)
Vida media	40h	12-17 h	7-11 h	9-14 h	9-11 h
Conc máxima	72-96h	2 h	3 h	3 h	1-2 h
HD leve/moderada	Vitamina K 20mg	Suspender tratamiento			
HD grave/inestable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitamina K</li> <li>• PFC 10ml/kg</li> <li>• CCP 25-50 U/kg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idarucizumab</li> <li>• CCPa 50-100 U/kg</li> <li>• Hemodiálisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCP 25-50 U/kg</li> </ul>		

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa. PFC: plasma fresco congelado. CCPa: concentrado de factores de protromina activado. CCP: concentrado de factores de protrombina.

## CLASIFICACIÓN

- **Hemorragia digestiva alta (HDA)**: por lesiones proximales al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente en forma de hematemesis o melenas.
- **Hemorragia digestiva baja (HDB)**: por lesiones distales al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente en forma de hematoquecia o rectorragia.

## MEDIDAS GENERALES

1. **Valorar signos vitales**: TA, FC, FR, Tª y SatO2.
2. Monitorizar **situación hemodinámica**.
3. Evaluar signos de **perfusión periférica**.
4. Canalizar **dos vías** periféricas (14 o 18 G).
5. Extraer hemograma, bioquímica, coagulación y pruebas cruzadas.
  - **Si hemorragia masiva**: transfusión urgente sin cruzar.
  - **Si antecedentes cardiovasculares**: realizar ECG y radiografía de tórax.
6. **Estabilización hemodinámica precoz**: infusión de cristaloides.
  - **Si shock hipovolémico**: cristaloides y concentrados de hematíes a la vez.
  - **Si transfusión masiva**: también plasma y plaquetas (4 CH + 2 U plasma + 1 pool plaquetas).
7. **Valorar transfusión**:
  - **Estables, sin comorbilidades, sin enfermedad coronaria, ni sangrado agudo**: transfundir con Hb < 7 g/dl.
  - **Edad avanzada, comorbilidad cardiovascular o sd. anémico**: transfundir con Hb < 9-10 g/dl.

# HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN URGENCIAS

En colaboración con el Servicio de Aparato Digestivo

**CRISTINA MORATA ROMERO**  
**AXEL LEGUA CAPARACHINI**  
**GEMA GIGANTE GONZÁLEZ-ALEJA**  
**CARLOS VICENTE HERNÁNDEZ**  
**MARÍA ABANADES TERCERO**  
**ELENA SÁNCHEZ MAGANTO**  
**RAFAEL RUBIO DÍAZ**

### BIBLIOGRAFIA

- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015 Oct;47(10): a1-46.
- Guardiola J, García-Iglesias P, Rodríguez-Moranta F, Brullet E, Saló J, Alba E et al. Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 2013 Oct;36(8):534-45
- Oakland K, Hoare J. Management of acute lower gastrointestinal bleeding: evidence based medicine? Authors' reply. Gut Published Online First: 08 August 2019
- Del Molino F, Gonzalez I, Saperas E. Manejo de los nuevos anticoagulantes orales (NACO) en hemorragia digestiva y procedimientos endoscópicos. Gastroenterol Hepatol. 2015; 38(8):501-510



# HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**Pronóstico:** Mortalidad del 5-10%, sobre todo por descompensación de enfermedades subyacentes.

**Etiología: HDA no varicosa (80-90%):** ulcus gastroduodenal (50%), desgarros de Mallory-Weiss, erosiones gastroduodenales, esofagitis erosiva, neoplasias, ectasias vasculares... **HDA varicosa (10-20%):** Sospecha si antecedentes de hepatopatía crónica previa sin/con hipertensión portal, etilismo crónico, ADVP, alteración de la bioquímica hepática...

## HDANV

**Pantoprazol** (1 ampolla = 40 mg):

- 1º Bolo de 80 mg IV.
- 2º Perfusión de 200 mg en 500 ml de SSF 0.9% cada 24 horas durante 72 horas.

**Eritromicina** (procinético para vaciamiento gástrico) 250 mg IV, 30-120 min antes de la endoscopia

## HDAV

**Fármacos vasoactivos (inicio previo a la endoscopia):**

- **Somatostatina** (1 ampolla = 3 mg), de elección:  
Bolo inicial de 0.25 mg. Si sospecha de HDA activa, se pueden repetir bolos cada 15-20 minutos.  
Perfusión (6 mg en 250 ml de SSF 0.9% cada 12 horas) durante 5 días.
- **Terlipresina** (1 ampolla = 2 mg):  
2 mg cada 4 horas en las primeras 48 horas, o tras 24 horas sin hemorragia.  
Posteriormente, 1 mg cada 4 horas durante 5 días.

**Profilaxis antibiótica:** Ceftriaxona 1g / 24h, durante 5 días.  
**Medidas anti-encefalopatía hepática** (Enemas de lactulosa y Lactulosa oral, cuando inicie tolerancia)



# H. D. BAJA

• **Causa más frecuente de hemorragia digestiva.**

• 80-90% ceden espontáneamente.

• **Pronóstico**

- Mortalidad del 2-4%, sobre todo por descompensación de enfermedades subyacentes.

• **Etiología:** Divertículos (25%), colitis isquémica (15%), patología anal (15%), angiodisplasia (15%), neoplasias (10%), enfermedad inflamatoria intestinal, GEA enteroinvasiva, post-polipectomía...

