

SAE

Hemorragias digestivas



4 Y 7 DE JUNIO
PALAIS ROUGE
BUENOS AIRES
ARGENTINA

XII Congreso Argentino de Medicina de Emergencias

*VI Congreso Argentino de
Residentes de Emergentología*

HEMORRAGIA DIGESTIVA - COMO LO MANEJAMOS?

PRESIDENTE: Dr. CUESTAS, José

**1. MANEJO INICIAL DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA
DESCOMPENSADA - Dra. FERNANDEZ, Adriana**

**2. Manejo Endoscópico de las hemorragias digestivas -
Dr. CUESTAS, José**

**3. Manejo quirúrgico de las hemorragias digestivas -
Dr. TEJADA, Alfredo**

Dr. JOSE CARLOS CUESTAS
Hemorragias digestivas
valor de la endoscopia



SERVICIO DE EMERGENCIA HOSP. SAN MARTIN PARANA ER



SAE FILIAL ER. CURSO ANUAL EMERGENTOLOGIA



Pcia 1.300.000 habitantes



PCIA DE ER



500.000 parana y alrededores



Nuestro servicio de emergencia

- 1)atiende 144 hemorragias digestivas año
- 2)80 % gastropatias erosivas-ulcus gastroduodenal-varices esofagicas
- 3)20% cuerpos extraños
- 4)la sintomalogia principal –(Hematemesis y Melena)
- 5)todas necesitan evaluarlas, compensarlas,buscar el origen.
- 6)decidir conducta

Hematemesis-Melena

- El sintoma determinante, de la consulta



Que nos interesa en la HD

- ES UNA HEMORRAGIA MASIVA O NO??

Valoración diagnóstica

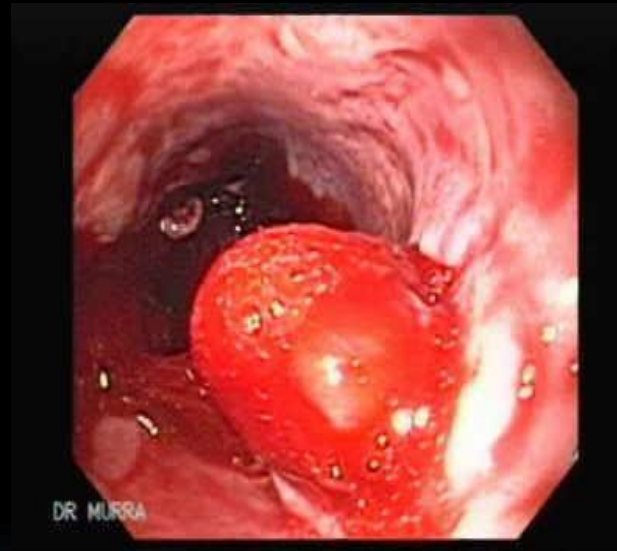
- 1) protocolos
- 2) manejo multidisciplinar
- 3) confirmación de la hemorragia y su origen
- 4) Hemodinámicamente estable??
- 5) reanimación agresiva

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

- ALTAS (SON HASTA EL ANGULO DE TREITZ)
- BAJAS (DESDE EL ANGULO DE TREITZ AL ANO)

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS

- 1-VARICEAL



- 2-NO VARICEAL



Hemorragias Digestivas variceales

- 1) Variceal: aumento presión portal +12 mmHg.
- a) cirrótico-sangrado 5 % a 15%-el 30% resan.
- 20% de mortalidad-la alcohólica es la principal causa de la HTP.
- c) no cirrótico

Conocer al paciente



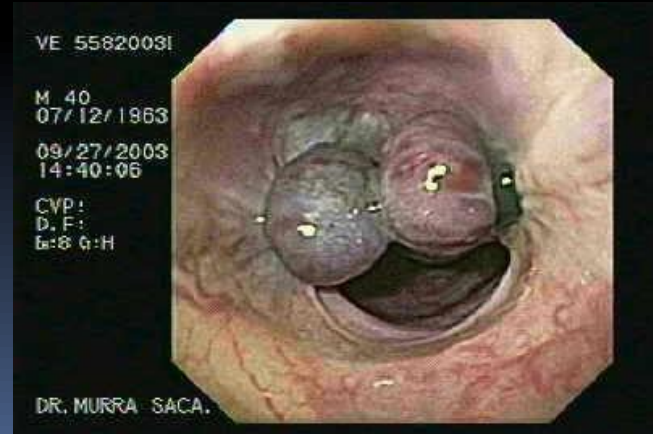
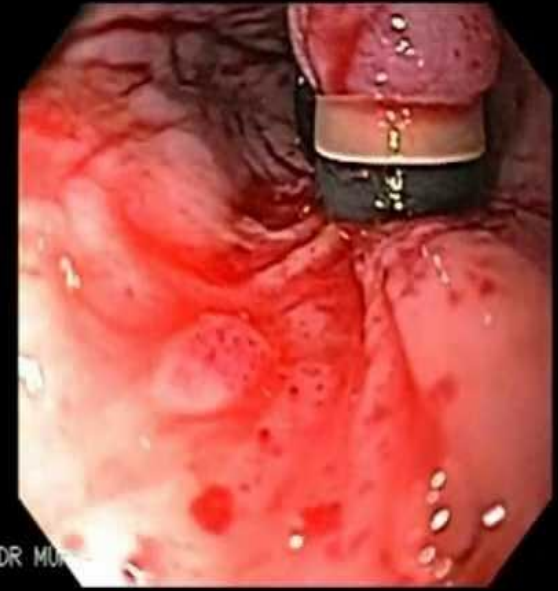
Taponamiento con Balon

- 1) indicado en hemorragias activas y masivas
- 2) indicado en hemorragias refractarias al tratamiento endoscopico y farmacologico.
- Eficacia-70 al 90%
- No dejarlo mas de 24 hs.
- Complicaciones 30% (necrosis-perforacion)
- Balon gastrico 250 ml.aire
- Balon esofagico 50 a 70 ml.de hg.aire

VARICES ESOFAGICAS-chicas 5ml. Y grandes mas de 5ml.

- Grado 1-desaparecen con la insuflacion
- Grado 2-no desaparecen con la insuflacion y ocupan el $\frac{1}{3}$ de la luz esofagica.
- Grado 3-no desaparecen con la insuflacion y ocupan mas del $\frac{1}{3}$ de la luz esofagica
- Varices esofagogastricas-GOV₁ (cu menor)Y GOV₂ (techo gastrico)
- 1)IGV 1-varices aisladas techo gastrico (T-VE)
- 2)IGV 2-varices aisla cuerpo-antro-piloro-duod.

VARICES ESOFAGICAS-trat bandas



Predicto. de sangrado x var.

- 1) mayor tamaño mayor riesgo
- 2) presencia de puntos rojos
- 3) hematoquiste
- 4) cirrosis descompensada-child C

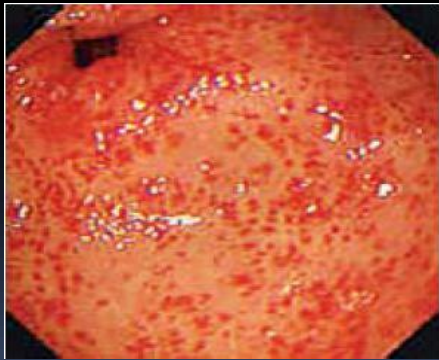
Escleroterapia endoscópica

- Sustancia esclerosante-polidocanol-también llamado aetoxiesclerol (AET)
- Vienen al 1 % no se diluye, pero las del 2% se diluye en 2 ml. De solución fisiológica.
- También hemos alcohólico
- También hemos usado solución fisiológica

Hemorragias no Variceal

- 1)gastropatia erosiva
- 2)Mallory-Weiss
- 3)lesiones vasculares
- A-Dieulafoy (arteria submucosa)
- B-lesiones de cameron (erosiones H Hiatal)
- C-post ERCP
- D-ulcus gastroduodenal (cla.Forrest)
- Tipos-1 activo (a y b)-2 estig(a-b-c)-3 S/estig.

Gastropatias erosivas- ulcus
GD.(no variceales)
Llegan al 80% de las HD-
altas.



Úlcus gastroduode.C.FORREST.

- TIPO₁ –sangrado activo o babeo 80% resa.
- 1a-sangrado pulsatil (arterial) 80% resa.
- 1b-sangrado en napa (venoso) 60% resa.
- TIPO₂-estigma de sangrado 40% resa.
- 2a-vaso visible 40%resa.
- 2b-coagulo adherido 40% resa
- 2c-fondo sucio 20% resa.
- TIPO₃-fibrina s/estigma 10% resa.

Ulcus sangrado pulsatil



Sangrado en chorro



Tratamiento endosco úlcus sangrante

- Metodos:
- No termicos:inyeccion de adrenalina 1 amp en 9 ml de solucion fisiologica-o polidocanol al 2% 2 ml. Con 2 ml de solucion fisiologica.
- Clips.
- Ligaduras
- Termicos:
- Pinza caliente mono o bipolar
- Argon-laser.



Inyección de adrenalina



Úlcera gastroduodenal

- 1)Alto riesgo:
 - A)sangrado activo
 - B)vaso visible
 - C)coagulo adherido
- 2)bajo riesgo
 - A)fondo sucio en la base de la ulcera
 - B)sin estigma de sangrado reciente



Causas mas frecuentes HDB-de intestino delgado

- 1)Angiodisplasia
- 2)diverticulos de Meckel
- 3)crohn
- 4)hemangiomas

Causas mas frecuente de HDB de origen colorectoanal

- 1) Enfermedad diverticular
- 2) carcinomas
- 3) angiomas
- 4) polipos
- 5) Enfermedades inflamatorias (colitis ulcerosa-crohn)

Tumor de colon



diverticulos



La endoscopia en la urgencia

- 1) primero orienta
- 2) si puede realiza un diagnostico
- 3) si puede realiza un tratamiento

gracias

