

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



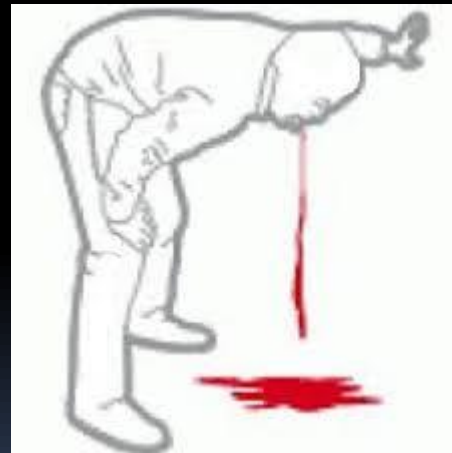
# Nuestro servicio de emergencia

- 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 diagnostica

- 1) protocolos
- 2) manejo multidisciplinar
- 3) confirmacion de la hemorragia y su origen
- 4) Hemodinamicamente estable??
- 5) reanimacion 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

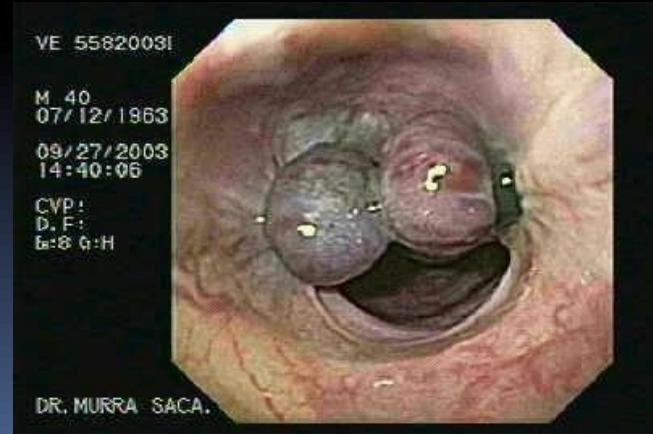
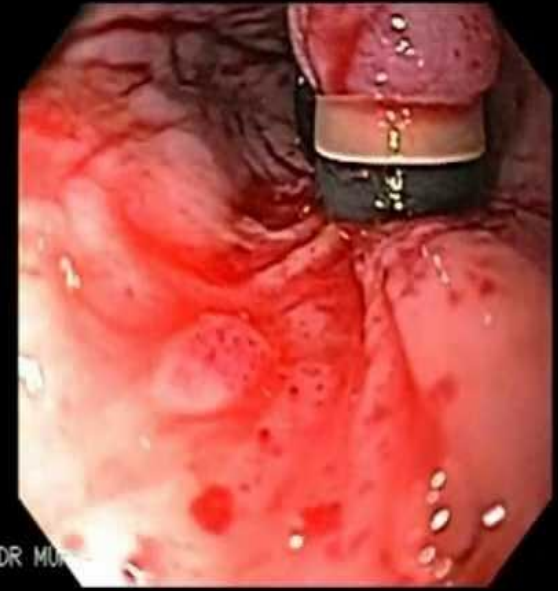
- 1) indicado en hemorragias activas y masivas
- 2) indicado en hemorragias refractarias al tratamiento endoscopico y farmacologico.
- Eficacia-70 al 90%
- No dejarlo mas de 24 hs.
- Complicaciones 30% (necrosis-perforacion)
- Balon gastrico 250 ml.aire
- Balon esofagico 50 a 70 ml.de hg.aire



# 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-GOV<sub>1</sub> (cu menor )Y GOV<sub>2</sub> (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

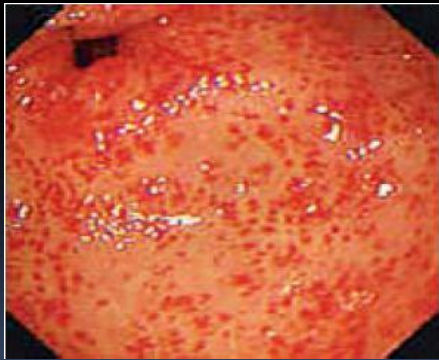
- Sustancia esclerosante-polidocanol-también llamado aetoxiesclerol (AET)
- Vienen al 1 % no se diluye, pero las del 2% se diluye en 2 ml. De solución fisiológica.
- También hemos alcohólico
- También hemos usado solución fisiológica



# 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.

- TIPO<sub>1</sub> –sangrado activo o babeo 80% resa.
- 1a-sangrado pulsatil (arterial) 80% resa.
- 1b-sangrado en napa (venoso) 60% resa.
- TIPO<sub>2</sub>-estigma de sangrado 40% resa.
- 2a-vaso visible 40%resa.
- 2b-coagulo adherido 40% resa
- 2c-fondo sucio 20% resa.
- TIPO<sub>3</sub>-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

