

# Hemorragia digestiva baixa

## Manejo clínico

Octubre

Curs d'Actualització en Endoscòpia Mèdico-quirúrgica: Patologia colorrectal

13

Curs

2020

Societat Catalana Medicoquirúrgica d'Endoscòpia Digestiva , Fundació Institut Interuniversitari - InterAc Salut

M. Planella de Rubinat.

Servei de Digestiu.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.




Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



Institut Català de la Salut  
Hospital Universitari  
Arnau de Vilanova

# Introducción



Frecuente  
Potencialmente grave  
Bien estudiada  
Tratamiento endoscópico  
de la gran mayoría de  
lesiones.  
Guías, estudios,  
metanálisis

Menos frecuente  
Ancianos pluripatológicos  
Autoilimitada 80-90%  
Escasos estudios y guías

- ✓ Aumento de la incidencia:  
envejecimiento  
antiagregantes / anticoagulantes
- ✓ Morbimortalidad elevada:  
pacientes ancianos  
patología asociada

- **Definición HDB 2006:**

sangrado originado en lesiones situadas distalmente a la válvula ileo-cecal: colon, recto y ano.

- 30-40% de les hemorragias digestivas.
- 20-30 % de la población presentará un episodio de HDB no grave.
- La hemorragia de origen anal es la causa más F.

## Agenda

- ✓ Epidemiología
- ✓ Etiología y formas de presentación
- ✓ Valoración inicial
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Algoritmo diagnóstico

27 puntos de manejo de la HDB con:

- ❖ diferentes grados de recomendación
- ❖ todos con nivel bajo / muy bajo de evidencia

2016

## 17 puntos de manejo de la HDB con:

- ❖ diferentes grados de recomendación
- ❖ la mayoría con nivel bajo / muy bajo de evidencia
- ❖ algunos con nivel moderado de evidencia

# Agenda

- ✓ Epidemiología
- ✓ Etiología y formas de presentación
- ✓ Valoración inicial
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Intervenciones no endoscópicas
- ✓ Profilaxis: ¿primaria? / secundaria



	<b>HD baja</b>	<b>HD alta</b>
Incidencia	No descenso	Descenso
Mortalidad	8,8%	5,5%
Estancia media	11,6 ± 13,9	7,9 ± 8,8
Utilización de recursos	>	<

Lanas A, et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. Am J Gastroenterol 2009;104:1633 – 1641

## Reino Unido - 2015

- ✓ Media de edad 74 años
- ✓ Patología asociada 79,1%
- ✓ Anticoagulación / antiagregación 45,3%

Oakland K, 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.

# Agenda

- ✓ Epidemiología
- ✓ Etiología y formas de presentación
- ✓ Valoración inicial
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Intervenciones no endoscópicas
- ✓ Profilaxis: ¿primaria? / secundaria

**Table 1. Causes of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Adults.\***

Cause	Percentage of Cases
Diverticulosis	30–65
Ischemic colitis	5–20
Hemorrhoids	5–20
Colorectal polyps or neoplasms	2–15
Angioectasias	5–10
Postpolypectomy bleeding	2–7
Inflammatory bowel disease	3–5
Infectious colitis	2–5

**25 %  
no se identifica causa**

Strate LL, Naumann CR.  
The role of colonoscopy and  
radiological procedures in  
the management of acute  
lower intestinal bleeding.  
Clin Gastroenterol Hepatol  
2010; 8: 333-43.

- ✓ Rectorragia / hematoquecia
- ✓ Mareo
- ✓ Disminución del nivel de consciencia
- ✓ Oliguria
- ✓ Shock hipovolémico:
  - presentación poco F – 2,3%
  - sospechar HDA – 15%

# Agenda

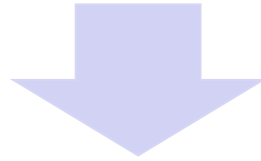
- ✓ Epidemiología
- ✓ Etiología y formas de presentación
- ✓ **Valoración inicial**
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Intervenciones no endoscópicas
- ✓ Profilaxis: ¿primaria? / secundaria

Anamnesis + exploración física + TR + analítica



1. Establecer la gravedad de la hemorragia
  2. Orientar la localización de la lesión
  3. Orientar a la etiología
- La valoración inicial debe hacerse conjuntamente a la resucitación hemodinámica.

Anamnesis + exploración física + analítica



1. Establecer la gravedad de la hemorragia
  2. Orientar la localización de la lesión
  3. Orientar a la etiología
- La valoración inicial debe hacerse conjuntamente a la resucitación hemodinámica.



## Establecer la gravedad de la hemorragia

Risk prediction tools for patients presenting with presumed LGIB

Study	No. patients	Outcomes	Area under the ROC curve	Validation study
Kollef <sup>214</sup>	227	Rebleeding Surgery Mortality	0.72	Yes
Strate <sup>15, 16</sup>	252	Severe bleeding Rebleeding	0.76	Yes
Velayos <sup>17</sup>	94	Severe bleeding Adverse event	-	No
Das <sup>b13</sup>	120	Rebleeding Need for treatment Mortality	0.92–0.95	Yes
Newman	161	Severe bleeding Adverse outcome	0.79	No

LGIB, lower gastrointestinal bleeding; ROC, Receiver Operating Characteristic

## Establecer la gravedad de la hemorragia

	Score component value
<b>Age (years)</b>	
<40	0
40-69	1
>70	2
<b>Sex</b>	
Female	0
Male	1
<b>Previous lower gastrointestinal bleeding admission</b>	
No	0
Yes	1
<b>DRE findings</b>	
No blood	0
Blood	1
<b>Heart rate (bpm)</b>	
<70	0
70-89	1
90-109	2
>110	3
<b>Systolic blood pressure (mm Hg)</b>	
50-89	5
90-119	4
120-129	3
130-159	2
>160	0
<b>Haemoglobin (g/dL)</b>	
35-69	22
70-89	17
90-109	13
110-129	8
130-159	4
>160	0

DRE- digital rectal examination.

Table 2: A score to predict the safe discharge of patients presenting with acute lower gastrointestinal bleeding

## Índice de Oakland

Variables: Edad  
Sexo  
HDB previa  
Tacto rectal  
FC  
TAS  
Hemoglobina

Pre-endoscópico

Score < 8 p – manejo ambulatorio

Oakland K, *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017.

✓ Validación externa.

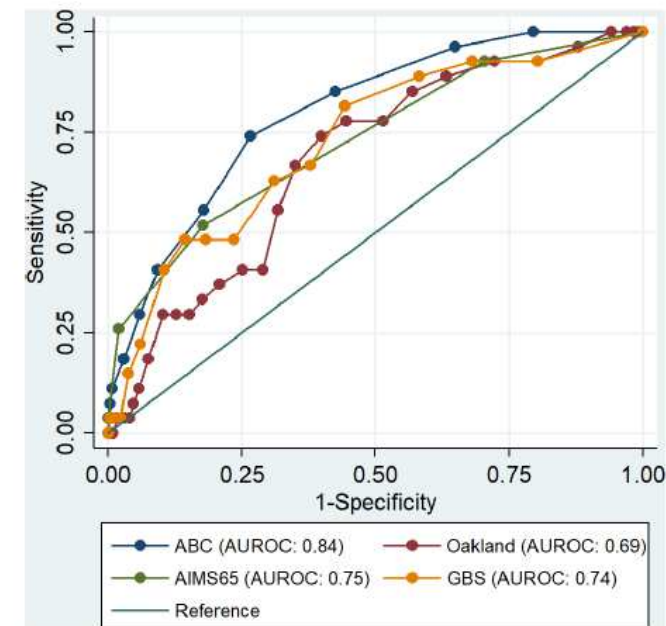
Establecer la gravedad de la hemorragia

## ABC score

**Table 3** The ABC score for prediction of 30-day mortality

Variable	Assigned score
<b>Age</b>	
60–74 years	1
>75 years	2
<b>Blood tests</b>	
Urea >10 mmol/L	1
Albumin <30 g/L	2
<b>Creatinine</b>	
100–150 µmol/L	1
>150 µmol/L	2
<b>Comorbidity</b>	
Altered mental status	2
Liver cirrhosis	2
Disseminated malignancy	4
<b>ASA score</b>	
3	1
≥4	3

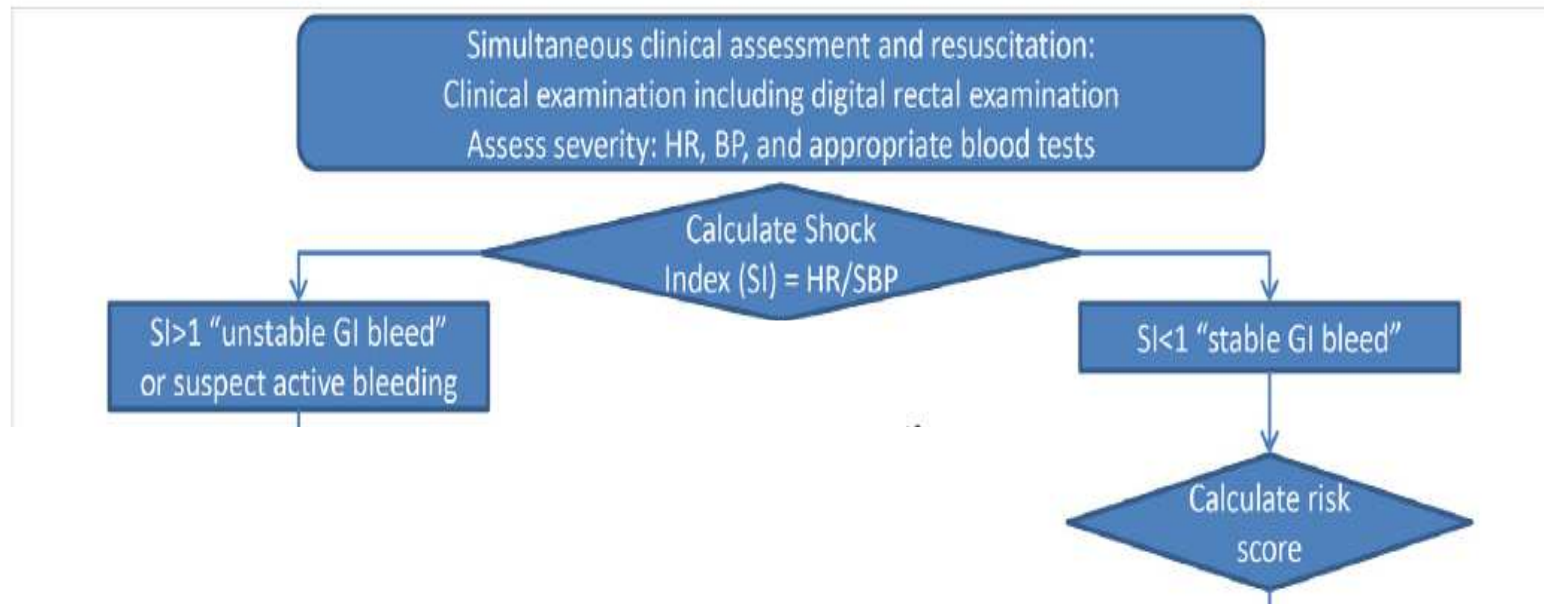
ABC, age, blood tests and comorbidities; ASA, American Society of Anaesthesiologists.



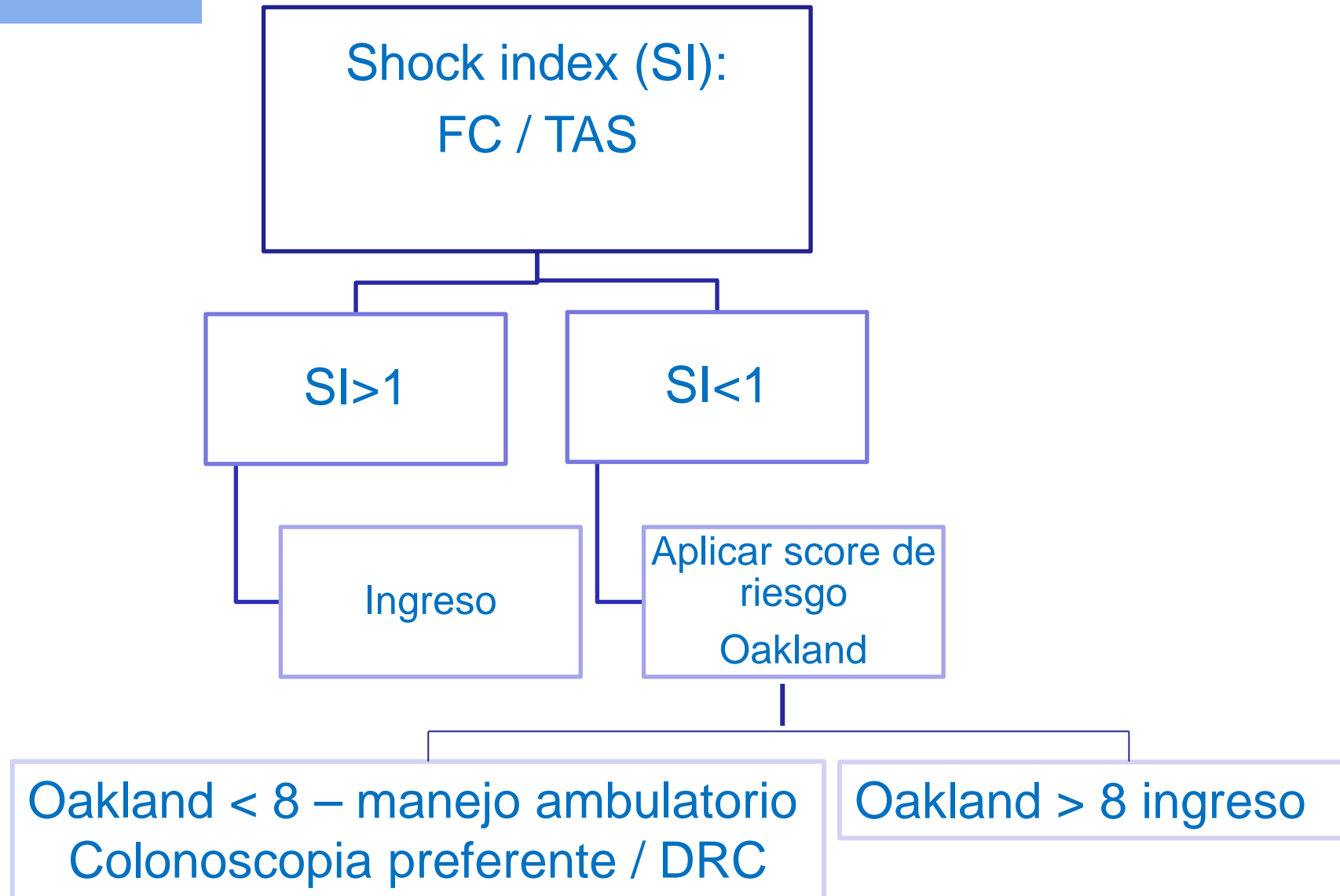
**figure 2** Comparison of ABC score, AIMS65, GBS and Oakland score in prediction of mortality in LGIB. ABC, age, blood tests and comorbidities; AUROC, areas under receiver operating characteristics curves; GBS, Glasgow Blatchford Score; LGIB, lower gastrointestinal bleeding.

Laursen SB, Gut 2020

## Establecer la gravedad de la hemorragia

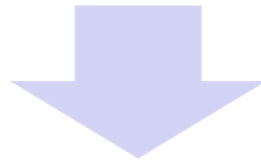


Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Gut 2019;68:776–789.



Oakland K, Gut 2019

Anamnesis + exploración física + analítica



1. Establecer la gravedad de la hemorragia
2. Orientar la localización de la lesión
3. Orientar a la etiología

➤ La valoración inicial debe hacerse conjuntamente a la resucitación hemodinámica.

## Resucitación hemodinámica

- datos extrapolados de HDA
- no hay recomendaciones definitivas
- no hay evidencia de buena calidad:  
volumen, tipo, objetivos de la reanimación



Utilizar cristaloides  
Objetivo normalizar FC y TA

Vigilar sobrecarga (ancianos, comorbilidades...)

## Transfusión de sangre

- datos extrapolados de HDA:
  - **política restrictiva:** reduce mortalidad y resangrado
- Objetivo:
  - Hb 7 – 9 g/dl
  - Hb 8 - 10 g/dl cardiopatía, h persistente...



## Anticoagulación / Antiagregación

### Acenocumarol / warfarina

efecto anticoagulante 3-5 días

1. Interrumpir el tratamiento
2. Inestabilidad / HD grave:  
revertir con concentrado de complejo  
protrombínico y vitamina K

## Anticoagulación / Antiagregación

### Acenocumarol / warfarina

3. Pacientes bajo riesgo trombótico:  
reiniciar a los 7 días después de la hemorragia
4. Pacientes con alto riesgo trombótico:  
heparina de bajo peso molecular a las 48h

## Anticoagulación / Antiagregación

### AAS

1. Profilaxis primaria:  
suspender definitivamente
2. Profilaxis secundaria:  
no suspender de forma rutinaria  
si se suspende – reintroducción precoz

## Anticoagulación / Antiagregación

**AAS + antagonistas del receptor P2Y<sub>12</sub>**  
(clopidogrel, ticlopidina, ticagrelor, prasugrel y cangrelor)

1. Portadores de stent coronario:  
no suspender de forma rutinaria  
manejo conjunto con cardiología
2. Hemorragias graves:  
mantener AAS  
si se suspende antagonista – reintroducción  
en 5 días

## Anticoagulación / Antiagregación

### Anticoagulantes de acción directa

Apixabán (Eliquis®), Dabigatrán (Pradaxa®), Edoxabán (Lixiana®), Rivaroxabán (Xarelto®)

1. Interrumpir el tratamiento
2. HD grave  
revertir con idarucizumab (dabigatran)  
o andexanet (inhibidores anti-factor Xa)
3. Reiniciar como máximo en 7 días
4. Riesgo de resangrado – valorar acenocumarol /  
warfarina

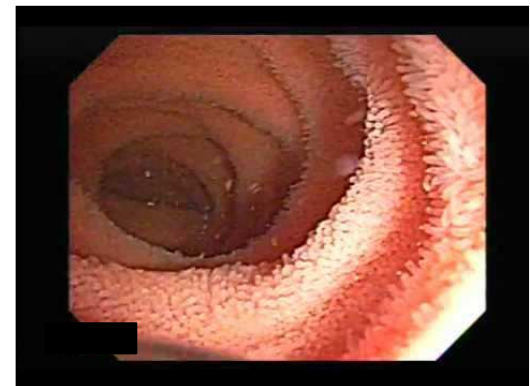
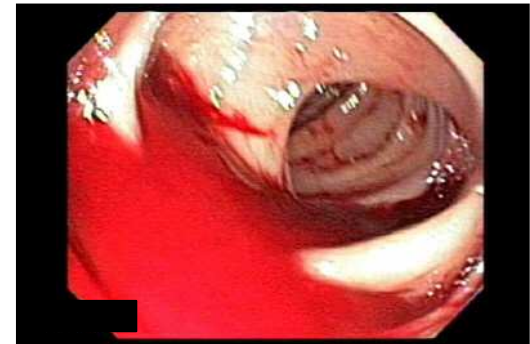
Anticoagulación / Antiagregación

Revalorar indicación

# Agenda

- ✓ Epidemiología
- ✓ Etiología y formas de presentación
- ✓ Valoración inicial
- ✓ **Colonoscopia**
- ✓ Intervenciones no endoscópicas
- ✓ Profilaxis: ¿primaria? / secundaria

- el procedimiento diagnóstico inicial para mayoría de casos
- identificar y tratar
- inspeccionar cuidadosamente, lavado.
- intubar el íleon terminal para descartar la presencia de sangre proximal que sugiera origen en intestino delgado.





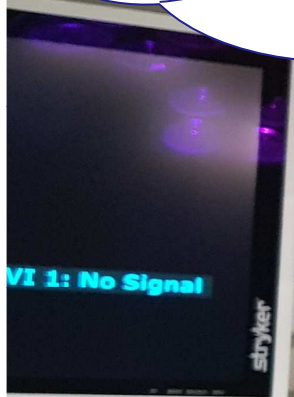
## Preparación

- limpieza adecuada del colon.
- de cuatro a seis litros de solución a base de polietilenglicol (PEG) o su equivalente durante 3 a 4 horas hasta que el colon quede limpio de sangre y heces:

Preparación correcta en el 90%

- no se recomienda la colonoscopia / sigmoidoscopia sin preparación
- considerar colocación de sonda nasogástrica en pacientes con intolerancia a la ingesta oral

ya estamos con lo de la  
limpieza...



Si no està preparado  
no vemos nada!!!.



## Preparación adecuada

- Aumenta la posibilidad de establecer diagnóstico etiológico
- Aumenta la posibilidad de tratamiento endoscópico
- Disminuye la posibilidad de complicaciones

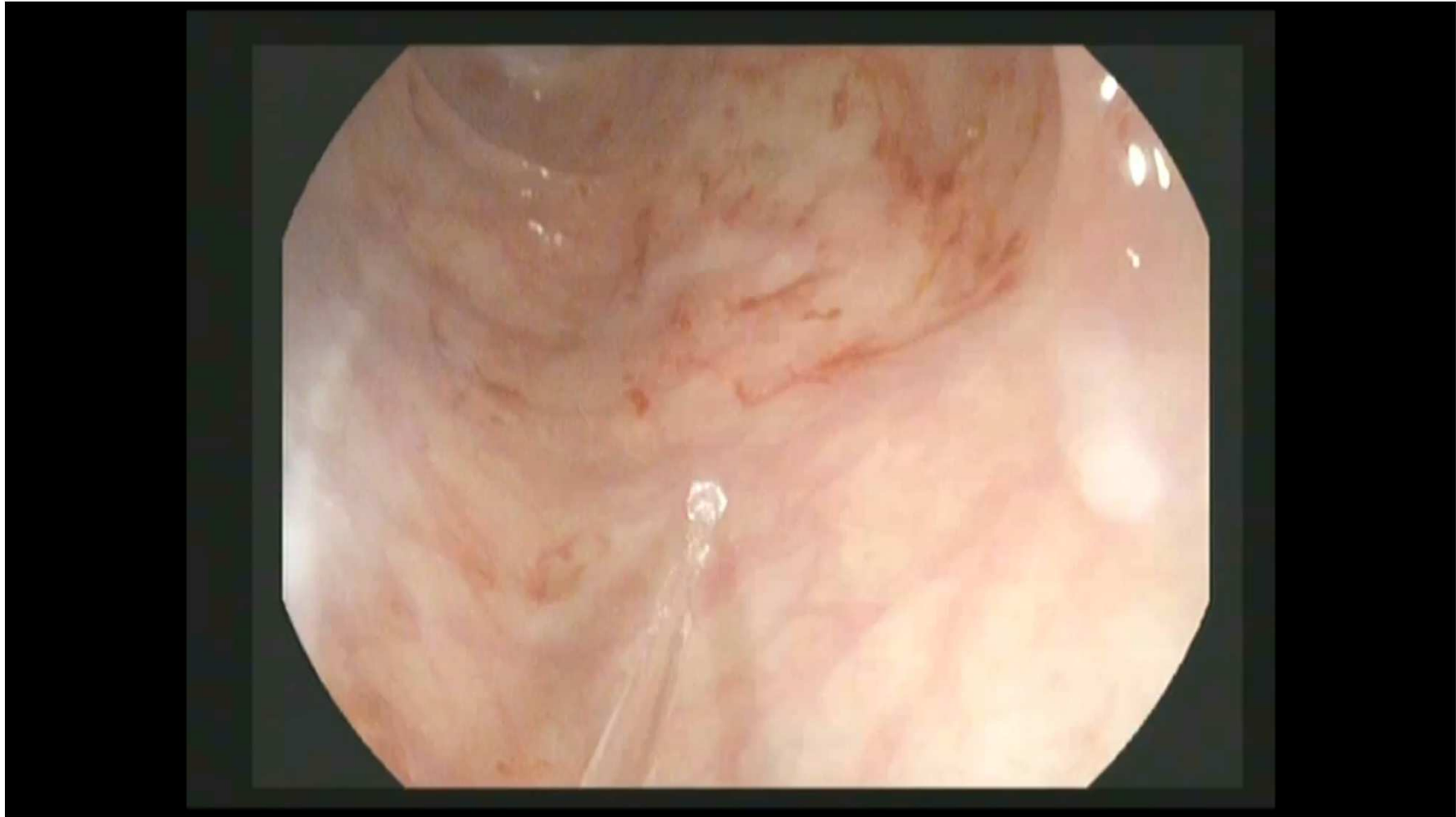
Green BT, Rockey DC, Portwood G, et al. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100:2395–402.

Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology.* 1988; 95:1569–74.

Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med.* 2000; 342:78–82

Jensen DM, Machicado GA. Colonoscopy for diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding. Routine outcomes and cost analysis. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1997; 7:477–98

Videos cedidos por Dr Ferran Gonzalez-Huix





## Momento de realización:

- Pacientes de alto riesgo y signos o síntomas de sangrado continuo:

en las primeras 24 horas

- Pacientes sin características clínicas de alto riesgo o sin signos o síntomas de sangrado continuo:

en cuanto sea posible

## Momento de realizació

Table 4. Prospective studies of

Study	Study design
Jensen <i>et al.</i> (22)	Case-control, diverticular bleeding only
Green <i>et al.</i> (11)	RCT
Laine <i>et al.</i> (6)	RCT

**Study conclusion**

Urgent colonoscopy with endoscopic therapy reduced rebleeding and need for surgery

More definite diagnoses in urgent colonoscopy arm; no difference in other outcomes

No difference in clinical outcomes or costs

	Study conclusion
pid o- nata	Urgent colonoscopy with endoscopic therapy reduced rebleeding and need for surgery
in ch- y	More definite diagnoses in urgent colonoscopy arm; no difference in other outcomes
0h	No difference in clinical outcomes or costs



## Momento de realización

Urgent Versus Standard Colonoscopy for Management of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding

Efficient  
Low

Ryota  
Naoki  
Tomoko  
Tomoko  
Kazuo

Systematic review with meta-analysis comparing early colonoscopy in acute lower gastrointestinal bleeding

O  
Ch  
Al

Journal of Clinical Gastroenterology and Hepatology 2020;18:1696–1701

### SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSES

Siddharth Singh, Section Editor

Background:  
Common indication  
of colonoscopy  
clear. This

## Early Colonoscopy Does Not Improve Outcomes of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Systematic Review of Randomized Trials

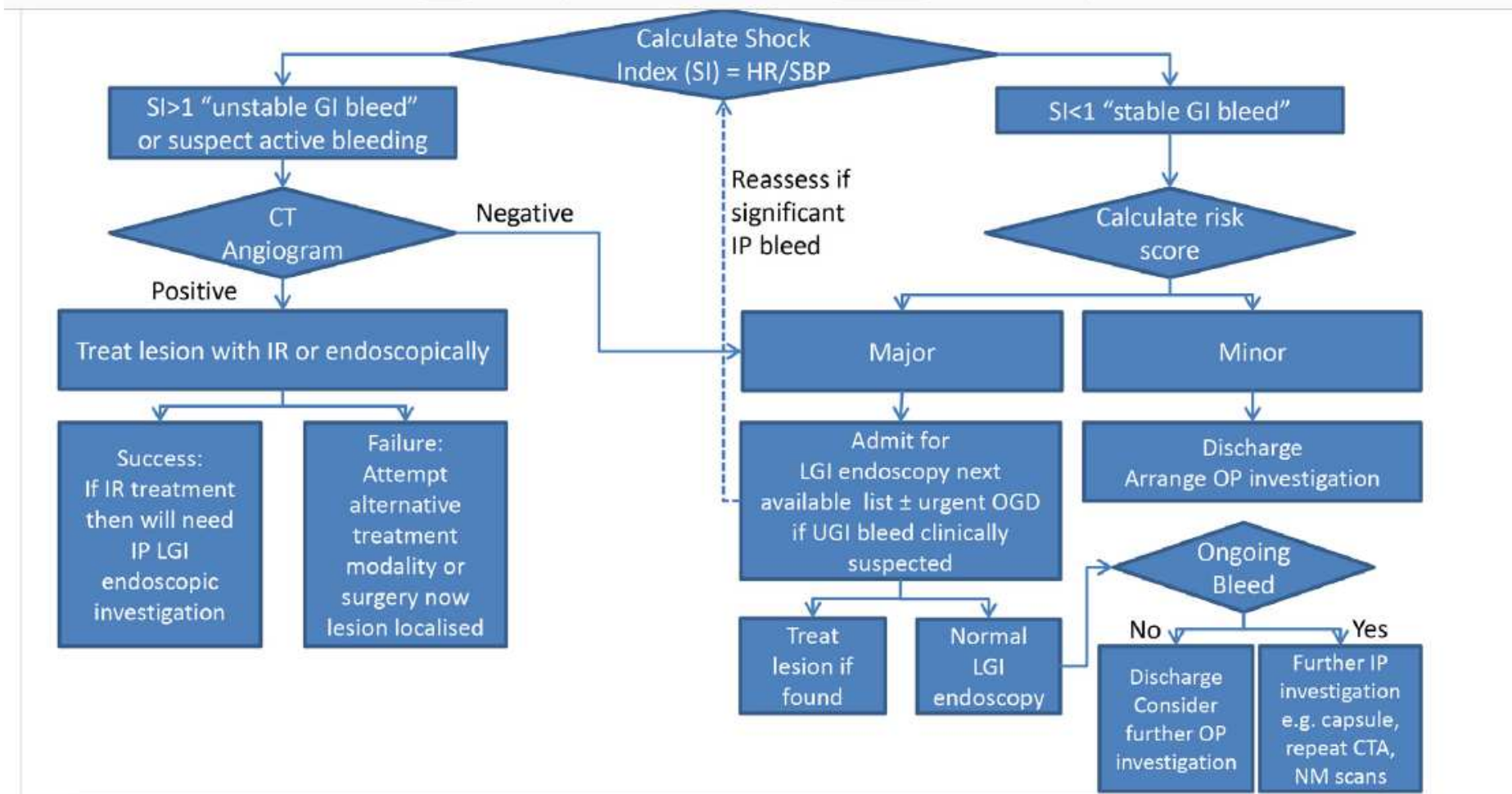


Cynthia Tsay,\* Dennis Shung,\* Katherine Stemmer Frumento,\* and Loren Laine\*‡

\*Department of Internal Medicine, Section of Digestive Diseases, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut; and ‡VA Connecticut Healthcare System, West Haven, Connecticut

Colonoscopia en primeras 24 h  
no mejora outcomes de la HDB

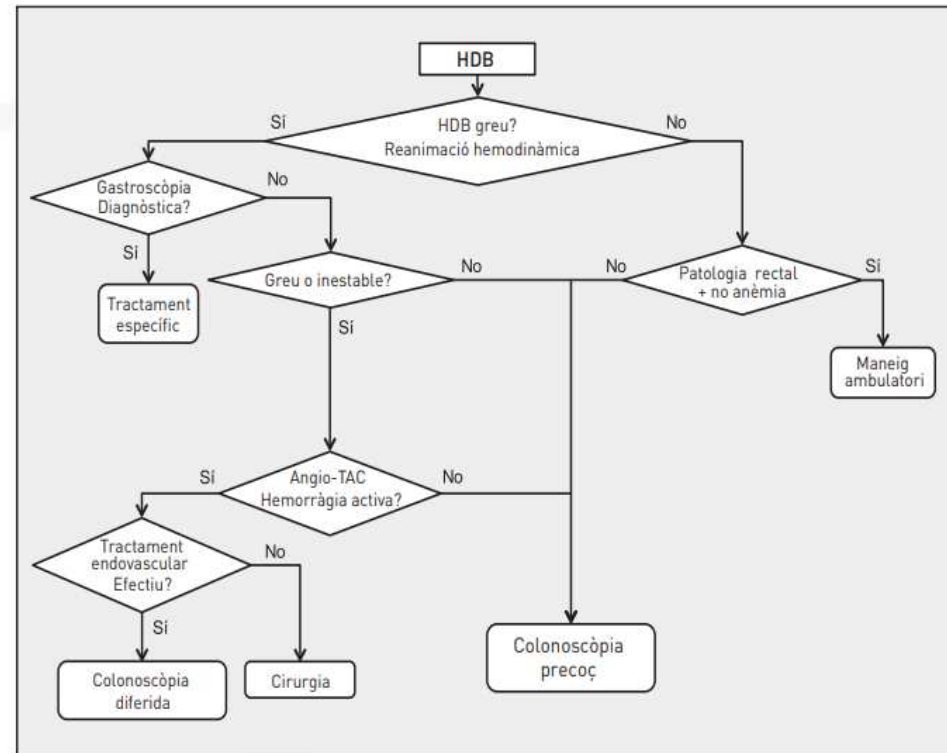
# Algoritmo diagnòstico – BSG 2019



## DOCUMENT DE POSICIONAMENT

### Recomanacions pel Maneig de l'Hemorragia Digestiva Baixa Aguda

Figura 1 ▶ Algoritme de maneig inicial





## Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial



*The HALT-IT Trial Collaborators\**

### Summary

**Background** Tranexamic acid reduces surgical bleeding and reduces death due to bleeding in patients with trauma. Meta-analyses of small trials show that tranexamic acid might decrease deaths from gastrointestinal bleeding. We aimed to assess the effects of tranexamic acid in patients with gastrointestinal bleeding.



*Lancet* 2020; 395: 1927-36

See [Comment](#) page 1885

\*Members listed at end of paper

Correspondence to:

## No se demuestra reducción de la mortalidad en la hemorragia digestiva