

Hemorragia digestiva alta y baja

L. Moreno Puerto*, M. Molina Arias**

*Hospital Universitario El Escorial. **Hospital Universitario la Paz. Madrid



Resumen

La hemorragia digestiva es el sangrado con origen en algún punto del tracto gastrointestinal. Se divide en alta o baja según si su origen es proximal o distal al ángulo de Treitz, respectivamente. El objetivo principal de este artículo es dar a conocer su manejo inicial, ya que es una entidad potencialmente mortal. Hay una larga lista de patologías que pueden originarla. Para el diagnóstico habrá que realizar una buena historia clínica, exploración física y pruebas complementarias para determinar tanto el origen del sangrado como la gravedad de este. El tratamiento dependerá de la causa del sangrado, siendo, en casos graves, imprescindible la estabilización inicial y la derivación precoz.

Abstract

Gastrointestinal bleeding is originated anywhere in the gastrointestinal tract. It is divided into upper or lower depending on whether its origin is proximal or distal to the ligament of Treitz, respectively. The main objective of this article is to raise awareness of its initial management, given that it is a potentially life-threatening condition. There is a long list of pathologies that can cause it. Diagnosis requires a good clinical history, physical examination, and complementary tests to determine both the origin of the bleeding and its severity. Treatment will depend on the cause of the bleeding, and in severe cases initial stabilization and early referral are essential.

Palabras clave: Hemorragia gastrointestinal; Hematemesis; Melena; Hematoquecia.

Key words: Gastrointestinal hemorrhage; Hematemesis; Melena; Hematochezia.

Introducción

La hemorragia digestiva es una entidad infrecuente en la infancia, pero potencialmente mortal, por lo que requiere un manejo inicial eficaz.

La hemorragia digestiva se define como la emisión de sangre con origen en cualquier punto del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Se divide en alta o baja, según si su origen es proximal o distal al ángulo de Treitz, respectivamente. Se trata de una entidad infrecuente en la infancia, pero potencialmente mortal, por lo que requiere un manejo

inicial eficaz que todo pediatra debe conocer⁽¹⁾.

Se definen, según la localización y características del sangrado, diferentes formas que nos ayudan a orientar el diagnóstico:

- Hematemesis: emisión de sangre con el vómito, que puede ser roja (“fresca”) o en posos de café, según el grado de digestión de esta. Sugiere sangrado proximal.
- Hematoquecia: emisión de sangre roja mezclada con las heces. Sin presencia de heces lo llamaríamos rectorragia. Sugiere sangrado distal o proximal asociado a tránsito intestinal acelerado.

- Melena: heces negras y malolientes (“alquitranosas”). Sugiere origen proximal.
- Hemorragia digestiva oculta: no visible macroscópicamente. Se trata de un hallazgo químico o microscópico.
- Hemorragia de origen oscuro: origen desconocido tras una exploración endoscópica completa.
- Falsa hemorragia digestiva: ya sea por la ingesta de alimentos o fármacos que simulan la emisión de sangre o por un sangrado con origen extradigestivo (epistaxis, hemoptisis...).

Hemorragia digestiva alta (HDA)

Epidemiología

La incidencia de HDA en la edad pediátrica se estima en 1-2 casos por cada 10.000 niños al año⁽²⁾, con una mortalidad estimada de 5-21 %⁽³⁾.

OBJETIVOS

- Conocer las diferentes causas de hemorragia digestiva alta y baja.
- Orientar las pruebas complementarias según la historia clínica y exploración física.
- Evaluar de manera inicial una hemorragia digestiva y tener herramientas para diferenciar los casos que precisen una actitud urgente.
- Tratar las causas leves que no precisen pruebas invasivas.

Autora de correspondencia: lmorenop@salud.madrid.org

Etiología

Las causas más frecuentes son úlceras gástricas y duodenales, esofagitis, gastritis y varices.

Hay una larga lista de patologías que pueden originarla, de manera que será muy importante orientar bien la historia clínica para establecer el origen y la gravedad del sangrado. Las causas más frecuentes son úlceras gástricas y duodenales, esofagitis, gastritis y varices. En la tabla I vemos las causas más frecuentes según la edad. La existencia de factores de riesgo, como la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la infección por *Helicobacter pylori* (comentada en profundidad en otro tema), enfermedades que cursan con hipertensión portal o tener un trastorno de la coagulación, aumentarán el riesgo de HDA⁽³⁾.

Clínica

Los síntomas más frecuentes son hematemesis y melena.

Se presentará habitualmente como hematemesis de sangre fresca (73 %) o en granos de café (6 %) o bien melenas (21 %), aunque otros síntomas que pueden aparecer son dolor y distensión abdominal o mareo⁽⁷⁾. Es raro que en niños pequeños se presente como

Tabla II. Sheffield *scoring*, predictor de la necesidad de terapéutica endoscópica en una hemorragia digestiva alta⁽⁹⁾

Historia médica	
- Condición/patología previa predisponente	1
- Presencia de melenas	1
- Historia de hematemesis de gran volumen	1
Valoración clínica	
- FC > 20 por encima de la media para la edad	1
- Relleno capilar prolongado	4
Hallazgos de laboratorio	
- Caída de Hb > 2 g/dl	3
Manejo y resucitación	
- Necesidad de expansión de volumen	3
- Necesidad de transfusión de hemáties (Hb < 8 g/dl)	6
- Necesidad de otros hemoderivados	4
Puntuación total: 24. Nivel de corte: 8	

FC: frecuencia cardiaca; Hb: hemoglobina.

melena, ya que la sangre es catártica y acelera el tránsito.

Diagnóstico

Una vez confirmada la estabilidad hemodinámica, el diagnóstico se basa en la historia clínica y exploración física. La endoscopia digestiva alta es el estándar oro.

Habrà que intentar establecer la etiología del cuadro clínico y, sobre todo, valorar la gravedad de este. El primer paso será la valoración hemodinámica

precoz y estabilización en caso necesario (ver algoritmo al final del artículo). La taquicardia es el indicador más sensible de pérdida sanguínea grave en niños⁽¹⁾. La hipotensión es un signo tardío de descompensación y puede no estar presente hasta que se haya perdido el 15-30 % del volumen sanguíneo⁽⁸⁾.

A continuación, intentaremos determinar el origen del sangrado. La endoscopia digestiva alta sigue siendo el estándar oro para el diagnóstico y, además, es terapéutica en algunos casos. Puede ser

Tabla I. Etiología de la hemorragia digestiva alta por edad^(1,3-6)

Neonato	Lactante-preescolar	Escolar-adolescente
Sangre materna deglutida	Gastritis/úlceras de estrés o erosivas por AINEs	Síndrome de Mallory-Weiss*
Enfermedad hemorrágica del recién nacido (déficit de vitamina K)	Ingesta de cáusticos o cuerpos extraños	Gastritis/úlceras pépticas
Úlcera/gastritis de estrés	Síndrome de Mallory-Weiss*	Varices esofágicas/gástricas
Malformación gastrointestinal	Esofagitis péptica/infecciosa	Esofagitis
Alergia a proteína de leche de vaca	Malformación gastrointestinal/Obstrucción GI	Ingesta de cuerpo extraño o cáusticos
Enterocolitis necrotizante y sepsis	Alergia a proteína de leche de vaca	Trastornos de la coagulación
Trauma tras colocación SNG	Varices esofágicas	Enfermedad de Crohn
	Púrpura Schönlein-Henoch	Obstrucción intestinal

Otras causas menos frecuentes: malformaciones vasculares (hemangiomas, lesión de Dieulafoy...), vasculitis, fístulas aorto-esofágicas, telangiectasia hemorrágica hereditaria, pólipos gástricos, páncreas anular, úlceras de anastomosis posquirúrgicas, hemobilia...

*Desgarro de la mucosa esofágica secundaria a vómitos repetidos.

AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; GI: gastrointestinal; SNG: sonda nasogástrica.

útil para el pediatra de Atención Primaria conocer el *Score* de Sheffield, predictor de la necesidad de actitud endoscópica (Tabla II) para discernir aquellos casos más urgentes de cara al traslado.

Historia clínica

Habrà que preguntar por el número y características de los vómitos y las deposiciones, sintomatología asociada, si han tenido episodios previos o intervenciones quirúrgicas recientes, enfermedades que cursen con hipertensión portal, toma de medicamentos o alimentos que puedan simular sangre e ingesta de cáusticos o cuerpos extraños. Así mismo, será importante preguntar por los siguientes fármacos⁽⁴⁾:

- Medicaciones que pueden causar esofagitis, cuando se quedan en contacto prolongado con la mucosa (como cuando hay trastornos de la motilidad): paracetamol, doxiciclina, bifosfonatos, ácido ascórbico, sulfato ferroso y cloruro potásico.
- Medicaciones que aumentan el riesgo de sangrado: inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), antiagregantes como la aspirina, anticoagulantes e inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina...).

Exploración física

Tras la valoración hemodinámica y de signos vitales, habrá que valorar la coloración de la piel, presencia de lesiones cutáneas, examinar boca y nariz para descartar sangrado de otro origen, exploración abdominal, perianal y anorrectal.

Pruebas complementarias

- Análisis de sangre con hemograma (el hematocrito puede tardar hasta 24 horas en descender), bioquímica hepática y pancreática, urea/creatinina y coagulación, además de pruebas cruzadas. Un cociente nitrógeno ureico (BUN)/creatinina >30 es sugestivo de HDA, mientras que <30 sugiere hemorragia digestiva baja (HDB).
- Test de Apt-Downey en neonatos, para distinguir la verdadera HDA (la hemoglobina fetal se teñiría de color rojo) de la deglución de sangre materna (color amarillo-marrón).
- Endoscopia digestiva alta (EDA), es la prueba con el mayor rendimiento diagnóstico, localiza el ori-

gen del sangrado en el 90-95 % de los casos⁽¹⁾. Se debe realizar en las primeras 12-24 horas, en casos que requieren transfusión o de inestabilidad hemodinámica.

- Radiografía de tórax, si se sospecha ingesta de pila de botón.
- La ecografía abdominal puede ser útil para valorar procesos obstructivos o hipertensión portal.
- En caso de no encontrar el origen del sangrado existen otras pruebas, como son la cápsula endoscópica, la enteroscopia de doble balón, la gammagrafía con hematíes marcados o la angiografía.

Tratamiento

En pacientes estables y con sangrado leve, se puede plantear tolerancia oral e inicio de un inhibidor de la bomba de protones; en caso contrario, hay que realizar una estabilización y valoración completa.

En pacientes estables con sangrado escaso y de probable causa benigna, como en el síndrome de Mallory-Weiss, se puede plantear observación con tolerancia oral e inicio de un inhibidor de la bomba de protones (IBP). En caso contrario o ante la posibilidad de sangrado por varices, precisarán valoración hospitalaria, según vemos en el algoritmo al final del artículo.

En algunos casos, la colocación de una sonda nasogástrica puede ser útil para confirmar que se trata de un sangrado activo y mejorar la visualización de una endoscopia posterior, pero no se recomienda el lavado con suero salino frío, ya que puede producir hipotermia⁽¹⁰⁾.

Si se sospecha causa varicosa del sangrado, añadiremos al tratamiento drogas vasoactivas, como el octreótido, un antibiótico de espectro extendido y beta-bloqueantes⁽³⁾, se pueden ver las dosis en la tabla III. A veces, puede ser precisa terapia endoscópica.

Tabla III. Medicaciones de uso en hemorragia digestiva alta (HDA)

	Fármaco y dosis	Indicación
Reductores de la acidez gástrica	Omeprazol: 1-1,5 mg/kg/día en 1 o 2 dosis diarias (máximo 80 mg) oral o intravenoso Otros: lansoprazol, esomeprazol, pantoprazol (orales)	Antes y después de la exploración endoscópica en HDA varicosa y no varicosa
Vasoconstrictores esplácnicos	Octreótido: bolo de 1 mcg/kg (máximo 50 mcg) seguido de infusión a 1-2 mcg/kg/hora (máximo 50 mcg/hora) intravenoso	HDA varicosa
Antibioterapia	Eritromicina: 3 mg/kg/dosis intravenosa 30-120 minutos antes de la endoscopia Ceftriaxona 50-75 mg/kg/dosis intravenosa	Estimula el vaciado gástrico para una mejor visualización HDA varicosa
Propranolol	0,5-2 mg/kg/día en 2-4 dosis	Profilaxis en HDA varicosa

Tabla IV. Criterios de Forrest*

Grupo	Hallazgos endoscópicos	Riesgo de resangrado
1a	Hemorragia en chorro	80-90 %
1b	Hemorragia babeante	10-30 %
2a	Vaso visible no sangrante	50-60 %
2b	Coágulo adherente	25-35 %
2c	Mancha pigmentada	0-8 %
3	No estigmas	0-12 %

*Criterios endoscópicos para establecer el riesgo de resangrado y establecer la indicación de tratamiento endoscópico en úlceras pépticas gastrointestinales.

En el caso de úlceras sangrantes, los criterios de Forrest (tabla IV) indican en qué casos estaría indicada la terapia endoscópica (Ia, Ib, IIa, y algunos IIb)⁽¹⁾ y nos ayudan a predecir el riesgo de resangrado. El tipo de técnica variará según la lesión, su localización y la experiencia del endoscopista. Existen técnicas de inyección (adrenalina o agentes esclerosantes), de hemostasia mecánica (clips o ligadura de varices) o de termo-coagulación.

Prevención

En pacientes con riesgo de HDA habrá que evitar los AINEs y el resto de medicaciones que aumentan el riesgo de sangrado. En pacientes con hipertensión portal está indicada la profilaxis primaria y secundaria con propranolol, que debe ajustarse para que la frecuencia cardíaca se reduzca a un 75 % del basal⁽¹⁾, y endoscopias digestivas altas de control⁽³⁾.

Hemorragia digestiva baja (HDB)

Epidemiología

La HDB es un problema frecuente; se trata del 0,3 % de las consultas en Urgencias de Pediatría⁽⁵⁾. En la mayoría de los casos se autolimita, pero hasta el 5-10 % de los casos precisa ingreso⁽¹¹⁾. La mortalidad estimada es del 0,9 %⁽⁸⁾.

Etiología

Las causas más frecuentes son las lesiones perianales, la alergia a proteínas de leche de vaca y la colitis infecciosa.

Las causas más frecuentes son las lesiones perianales, la alergia a proteínas de leche de vaca y la colitis infecciosa⁽⁶⁾. A continuación, vemos las causas más frecuentes por edad y, más adelante, comentaremos aspectos relevantes de alguna de ellas.

- Neonato: deglución de sangre materna, enfermedad hemorrágica del recién nacido, coagulopatía, enterocolitis necrotizante, gastropatía y *ulcus* de estrés, malrotación y vólvulo, duplicaciones intestinales, proctocolitis alérgica a proteína

de leche de vaca y enterocolitis de la enfermedad de Hirschsprung.

- Lactante: fisura anal, deglución de sangre materna, diarrea infecciosa, malformaciones intestinales, divertículo de Meckel, invaginación intestinal, proctocolitis alérgica, hiperplasia linfóide y coagulopatía.
- Preescolar: fisura anal, diarrea infecciosa, pólipo juvenil y otras poliposis, púrpura de Schönlein-Henoch, síndrome hemolítico-urémico, malformaciones vasculares, invaginación intestinal, divertículo de Meckel, enfermedad inflamatoria intestinal, hiperplasia folicular linfóide y abuso sexual.
- Escolar y adolescente: enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea infecciosa, colitis pseudomembranosa y poliposis.

Clínica

Los síntomas más frecuentes son hematoquecia y rectorragia.

Se presentará, habitualmente, como hematoquecia o rectorragia. Aunque, también, podemos encontrarnos ante melenas o sangre oculta. De manera general, cuanto más oscura es la sangre, más proximal es el sangrado⁽¹⁰⁾.

Diagnóstico

Tras comprobar la estabilidad hemodinámica, una buena historia clínica y exploración física nos guiarán hacia el origen del sangrado y necesidad de pruebas complementarias.

Igual que en la HDA, el primer paso será comprobar la estabilidad hemodinámica y monitorizar las constantes del paciente.

Historia clínica

Habrá que preguntar sobre la cantidad de sangre y su disposición en las heces, además del número y las características de estas. Es difícil estimar la cantidad de sangre, ya que se tiende a sobrevalorar, dado lo alarmante del sangrado. También, es importante preguntar por patologías previas y antecedentes familiares, coagulopatías o toma de fármacos y medicamentos que pueden aparentar ser sangre o melenas.

Exploración física

Deberemos buscar si existe circulación colateral que indique patología hepática, alteraciones vasculares, formaciones melánicas típicas del síndrome Peutz-Jeghers o telangiectasias. Siempre habrá que inspeccionar la región anal en busca de fisuras o lesiones sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal.

Pruebas complementarias

Una vez descartadas las causas quirúrgicas, la mayor rentabilidad diagnóstica la obtendremos de la realización de una colonoscopia e ileoscopia⁽⁸⁾. Previo a esta, se pueden obtener muestras de heces para cultivo. Para lesiones situadas en intestino delgado existen diferentes pruebas, como la cápsula endoscópica o la enteroscopia por pulsión de doble balón. En caso de no encontrar el origen del sangrado, se puede realizar una laparoscopia exploradora o una escintigrafía con hematíes marcados con tecnecio 99.

Tratamiento

El tratamiento será aquel de la causa del sangrado.

- Enfermedad hemorrágica del recién nacido: debida al déficit de vitamina K, se previene con su administración parenteral.
- Enterocolitis necrotizante: más frecuente en prematuros, deberemos sospecharlo si asocia mal estado general. En la radiografía abdominal observaremos neumatosi, edema de pared y gas en el sistema portal. Inicialmente, el tratamiento es conservador con dieta absoluta y antibioterapia intravenosa, pero, en algunos casos, es precisa la cirugía.
- Proctocolitis alérgica a proteína de leche de vaca: condición normalmente benigna y transitoria. El tratamiento consiste en eliminar la proteína de la dieta. En casos de lactancia materna exclusiva, se puede valorar no retirar siguiendo las últimas guías de la ESPGHAN⁽¹²⁾. En caso de alimentación con fórmula artificial, está indicado el cambio a una fórmula hidrolizada.
- Fisuras anales: suelen asociar dolor con la deposición. Normalmente relacionadas con estreñimiento, habrá que tratar este y asociar una crema reepitelizante.

- Invaginación intestinal: se diagnostica mediante ecografía y se puede reducir con un enema, si no se consigue, está indicada la cirugía.
- Divertículo de Meckel: sangrado indoloro. Si se sospecha, la gammagrafía intestinal con tecnecio 99-pertecnato permite identificar ectopía gástrica⁽¹⁾ y el tratamiento es quirúrgico.
- Pólipos colorrectales: sangrado indoloro. Su diagnóstico y tratamiento se basan en la realización de una colonoscopia.
- Elaborar un diagnóstico diferencial orientado y tratar aquellas patologías que no precisen pruebas complementarias en hospital, como son las fisuras anales o la proctocolitis alérgica.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

- 1.*** Navalón Rubio M, Bautista Casasnovas A. Hemorragia digestiva alta y baja en edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023; 1: 65-76.
2. Grimaldi-Bensouda L, Abenham L, Michaud L, Mouterde O, Jonville-Béra AP, Giraudeau B, et al. Clinical features and risk factors for upper gastrointestinal bleeding in children: a case-crossover study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010; 66: 831-7.
- 3.** Owensby S, Taylor K, Wilkins T. Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding in children. *J Am Board Fam Med*. 2015; 28: 134-45.
- 4.** Novak I, Bass LM. Gastrointestinal Bleeding in Children: Current Management, Controversies, and Advances. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2023; 33: 401-21.
- 5.** Romano C, Oliva S, Martellosi S, Miele E, Arrigo S, Graziani MG, et al. Pediatric gastrointestinal bleeding: Perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology. *World J Gastroenterol*. 2017; 23: 1328-37.
6. Hidalgo Montes I, Sarriá Osés JM. Hemorragia digestiva. En: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. *Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría*. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 963-78.
7. Cleveland K, Ahmad N, Bishop P, Nowicki M. Upper gastrointestinal bleeding in children: an 11-year retrospective endoscopic investigation. *World J Pediatr*. 2012; 8: 123-8.
- 8.*** Piccirillo M, Pucinischi V, Mennini M, Strisciuglio C, Iannicelli E, Giallorenzi

Función del pediatra de Atención Primaria

- Identificación precoz de una HDA significativa, en cuanto el abordaje multidisciplinar puede disminuir la morbimortalidad asociada.
- Realizar una correcta anamnesis y exploración física dirigidas a detectar el origen del sangrado.

Caso clínico

Niño de 2 años que acude a Urgencias traído por sus padres por rectorragia.

Antecedentes personales: embarazo controlado, con ecografías y serologías normales. Parto eutócico a término. Periodo perinatal normal. Eliminación del meconio en primeras 24 horas. Pruebas metabólicas normales. Vacunación según calendario. Sin alergias conocidas. No refieren antecedentes de interés.

Historia clínica: refieren en las últimas 24 horas aparición de sangre en las heces que ha ido aumentando hasta ser prácticamente solo sangre. Aportan el último pañal. No refieren dolor abdominal ni fiebre. Ven a su hijo contento, a pesar de la rectorragia. No presenta vómitos, aunque está comiendo algo menos de lo habitual.

Constantes: frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 25 respiraciones por minuto; temperatura: 36,5°C; Tensión arterial: 90/60 mmHg.



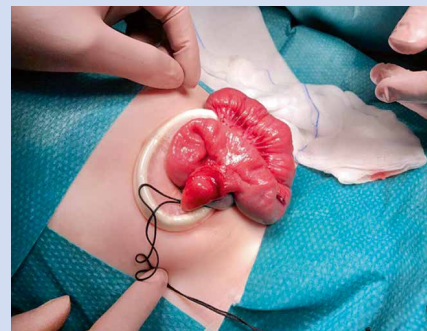
Figura 1. Gammagrafía intestinal con tecnecio 99-pertecnato.

Exploración física: buen estado general. Leve palidez. Buena hidratación. Contento y activo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, no presenta datos de irritación peritoneal. Exploración perianal sin lesiones. Se realiza tacto rectal que sale manchado de sangre fresca; no se palpan masas.

Pruebas complementarias: análisis de sangre: hemoglobina: 11 g/dL; resto de hemograma normal; bioquímica sin alteraciones y coagulación normal. Ecografía abdominal sin alteraciones.

Se canaliza una vía venosa y se mantiene en observación a dieta absoluta y con sueroterapia intravenosa. Durante su estancia en Urgencias, realiza nuevo episodio de rectorragia. Se decide completar el estudio con la prueba que observamos en la figura 1 y, dados los resultados, se contacta con cirugía pediátrica, quienes realizan una laparotomía exploradora y observan los hallazgos de la figura 2.

Figura 2. Asas de intestino durante la cirugía.



MA, et al. Gastrointestinal bleeding in children: diagnostic approach. Italian Journal of Pediatrics. 2024; 50: 13.

9. Thomson MA, Leton N, Belsha D. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Childhood: Development of the Sheffield Scoring System to Predict the Need for Endoscopy Therapy. JPGN. 2015; 60: 632-6.

10. Ramos Boluda E. Gastritis, úlcera y hemorragia digestiva. Pediatr Integral. 2015; XIX: 83-91. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2015-02/gastritis-ulcera-y-hemorragia-digestiva/>.

11. Pant C, Olyae M, Sferra TJ, Gilroy R, Almadhoun O, Deshpande A. Emergency

department visits for gastrointestinal bleeding in children: results from the Nationwide Emergency Department Sample 2006-2011. Curr Med Res Opin. 2015; 31: 347-51.

12. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C, et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023.

Bibliografía recomendada

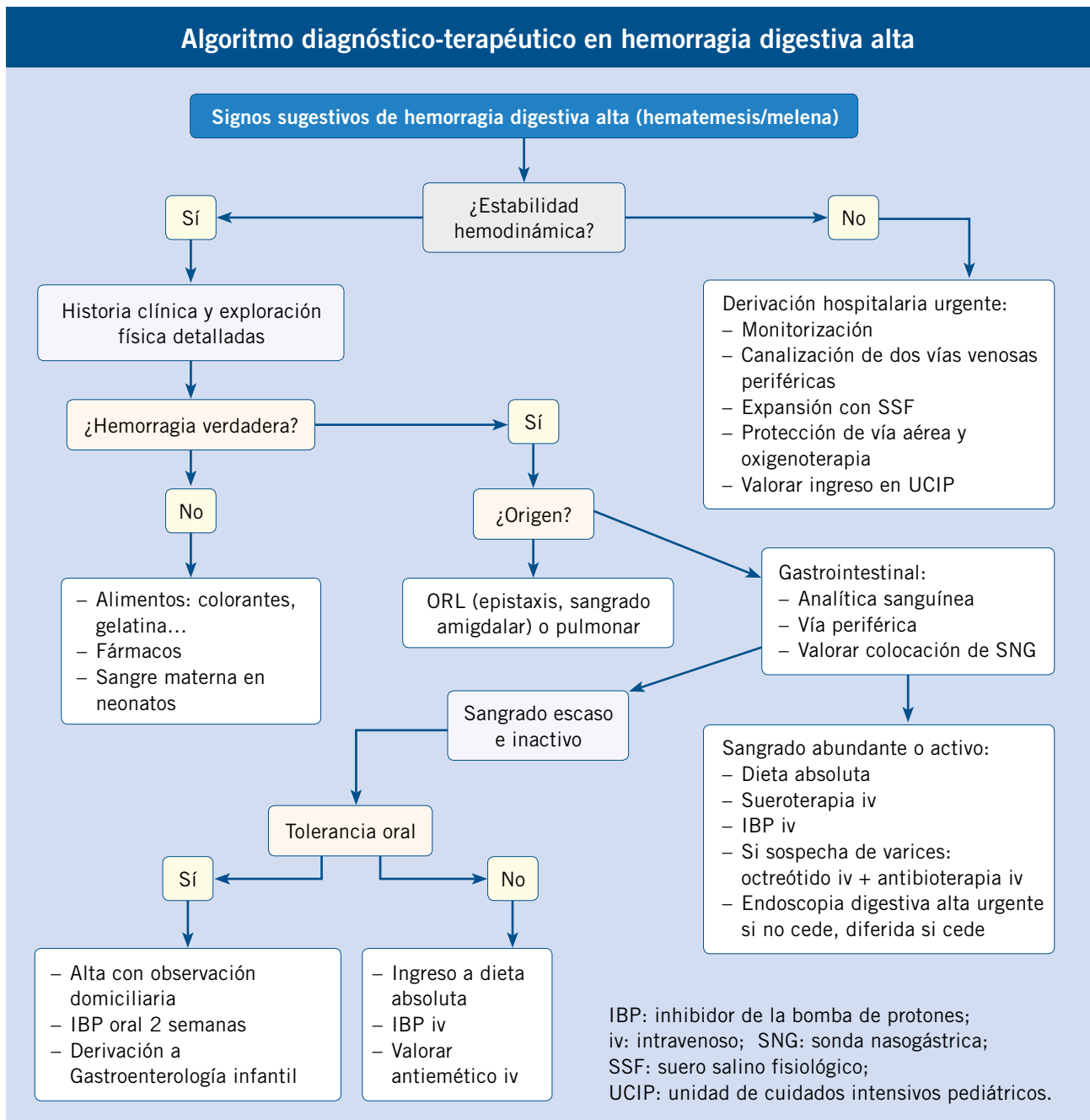
- Navalón Rubio M, Bautista Casasnovas A. Hemorragia digestiva alta y baja en edad

pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 1: 65-76.

Revisión muy completa de la hemorragia digestiva alta y baja, sus causas, diagnóstico y tratamiento. Avalado por la Asociación Española de Pediatría y por la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

- Kocic M, Rasic P, Marusic V, Prokic D, Savic D, Milickovic M, et al. Age-specific causes of upper gastrointestinal bleeding in children. World J Gastroenterol. 2023; 29: 6095-110.

Revisión muy detallada de las causas de hemorragia digestiva alta por edad, con imágenes de estas y tablas resumen.





Questionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Hemorragia digestiva alta y baja

33. Señale la respuesta CORRECTA:

- a. Los vómitos en posos de café son indicativos de un sangrado bajo, ya que la sangre está digerida.
- b. La hematoquecia puede indicar un sangrado alto o bajo.
- c. Es muy probable que un lactante con una hemorragia digestiva alta presente melenas.
- d. La hemorragia digestiva oculta es aquella de origen desconocido tras una exploración endoscópica completa.
- e. La hemorragia de origen oscuro es aquella no visible macroscópicamente.

34. Respecto a la hemorragia digestiva alta, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Es importante preguntar por la presencia de vómitos repetitivos o la toma de medicación.
- b. La endoscopia digestiva alta es la prueba que nos aporta más información.
- c. Tener una enfermedad de Von Willebrand aumenta el riesgo.
- d. El cociente BUN/creatinina será menor de 30.
- e. Todas son ciertas.

35. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO aumenta el riesgo de sangrado?

- a. Paracetamol.
- b. Heparina.
- c. Sertralina.
- d. Aspirina.
- e. Fluoxetina.

36. ¿Cuál es el PRIMER PASO ante un niño con una hemorragia digestiva alta grave?

- a. Administrar un inhibidor de la bomba de protones.
- b. Transfusión sanguínea.
- c. Administración de fluidos intravenosos.
- d. Antibioterapia intravenosa.
- e. Cirugía.

37. Respecto a la hemorragia digestiva baja, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Las lesiones perianales son una de las causas más frecuentes.
- b. Los padres suelen saber referir la cantidad de sangre presente.
- c. En un lactante con lactancia materna exclusiva y sospecha de proctocolitis a proteína de leche de vaca, siempre habrá que retirar los lácteos de la dieta de la madre.
- d. Como parte de la exploración física, no es necesario investigar la región perianal.
- e. Si sospechamos que se trate de una invaginación intestinal, la mejor prueba a realizar es una radiografía abdominal.

Caso clínico

38. Con los datos aportados, ¿cuál es el DIAGNÓSTICO del caso clínico?

- a. Invaginación intestinal.
- b. Pólipo colorrectal.
- c. Divertículo de Meckel.
- d. Enfermedad inflamatoria intestinal.
- e. Ninguno de los anteriores.

39. Si la gammagrafía hubiera sido normal y el paciente estuviera estable, pero siguiera presentando rectorragia, ¿qué PRUEBA realizarías, a continuación, para establecer el origen del sangrado?

- a. Colonoscopia con ileoscopia.
- b. Cápsula endoscópica.
- c. Enteroscopia por pulsión de doble balón.
- d. Laparoscopia exploradora.
- e. Escintigrafía con hematíes marcados con tecnecio 99.

40. Si nuestro paciente fuera más mayor y presentara los mismos síntomas de rectorragia indolora con deposiciones normales, ¿cuál sería el DIAGNÓSTICO más probable?

- a. Enfermedad inflamatoria intestinal.
- b. Colitis pseudomembranosa.
- c. Fisura anal.
- d. Pólipo colorrectal.
- e. Con los datos ofrecidos no podemos saberlo.