

PROTOCOLO DE UPED
VERSIÓN 1.0 – FEBRERO 2025



Servicio de Pediatría
Hospital Clínico Universitario de Valencia

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: RECTORRAGIA Y HEMATOQUECIA

1. Ámbito de aplicación y definiciones

Protocolo de atención de los pacientes que consultan en urgencias pediátricas por una rectorragia o una hematoquecia, que se producen por sangrado distal al ángulo de Treitz. Las hemorragias digestivas altas pueden ocasionar la aparición de sangre roja en las heces, simulando una rectorragia, sólo si la pérdida sanguínea es muy aguda e intensa. Si se sospecha esta situación, así como para el caso de niños con melenas (deposiciones negras) o con hematemesis, consultar el protocolo de hemorragia digestiva alta.

Definiciones de interés:

- **Rectorragia:** emisión a través del ano de sangre roja o marronácea proveniente del recto.
- **Hematoquecia:** emisión a través del ano de una mezcla de sangre de origen intestinal distal y heces, que pueden ser de consistencia forme o diarreica y, ocasionalmente, ir acompañadas de mucosidad.

2. Responsable de la ejecución

Médicos adjuntos de Pediatría, de Cirugía Pediátrica y personal de Enfermería de Urgencias Pediátricas.

3. Objetivo

Asistencia de la hemorragia digestiva baja (HDB), basada en la evidencia, para optimizar estrategias diagnósticas y terapéuticas.

4. Equipos y material

- Suero salino fisiológico (SSF)
- Material para la canalización de acceso venoso periférico.
- Monitor de pulsioximetría y medidor de presión arterial.

5. Consideraciones y procedimientos para la aplicación del protocolo

La HDB en la edad pediátrica está frecuentemente causada por procesos benignos y autolimitados y en raras ocasiones ocasiona inestabilidad hemodinámica.

5.1. Etiologías frecuentes según la edad

Neonato	Lactante
• Sangre materna deglutida • Proctocolitis alérgica inducida por proteínas alimentarias (más frecuentes: leche y huevo) • Enterocolitis necrotizante • Vólvulo de intestino delgado • Duplicación intestinal • Diátesis hemorrágicas	• Fisura anal • Enterocolitis alérgica no mediada por IgE • Invaginación intestinal • Gastroenteritis aguda enteroinvasiva • Divertículo de Meckel • Duplicación intestinal • Diátesis hemorrágicas
Preescolar	Escolar y adolescente
• Gastroenteritis aguda enteroinvasiva • Fisura anal y/o criptitis anal • Invaginación intestinal • Pólipos • Púrpura de Schönlein-Henoch • Divertículo de Meckel • Malformaciones vasculares • Hiperplasia nodular linfoide • Enfermedad inflamatoria intestinal • Síndrome hemolítico urémico	• Gastroenteritis aguda enteroinvasiva • Enfermedad inflamatoria intestinal • Fisura anal • Hemorroides • Pólipos • Malformaciones vasculares y angiodisplasia intestinal • Púrpura de Schönlein-Henoch • Divertículo de Meckel

5.2. Etiologías frecuentes según las características deposicionales

Rectorragia aislada	Rectorragia con diarrea, tenesmo o urgencia
• Isquemia intestinal (vólvulo intestino medio, hernia incarcerada, trombosis mesentérica) • Invaginación intestinal • Divertículo de Meckel • Hemorragia alta con tránsito acelerado • Púrpura de Schönlein-Henoch • Pólipo inflamatorio o síndromes de poliposis • Enfermedad inflamatoria intestinal • Malformación vascular • Úlcera rectal solitaria	• Colitis infecciosa: <i>Salmonella</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Shigella</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>E. coli</i>, <i>Aeromonas</i>, <i>Klebsiella oxytoca</i>, <i>C. difficile</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, citomegalovirus, <i>Entamoeba</i>, <i>T. trichura</i> • Síndrome hemolítico urémico • Enterocolitis necrotizante • Proctocolitis eosinofílica • Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn colónica)
Rectorragia con deposiciones normales	Sangre roja brillante en hebras o al limpiarse
• Poliposis juvenil • Hiperplasia nodular linfoide • Proctocolitis eosinofílica • Enfermedad inflamatoria intestinal • Malformación vascular • Hipertensión portal	• Fisura anal • Proctitis estreptocócica • Proctitis ulcerosa • Prolapso rectal • Úlcera rectal solitaria • Hemorroides

5.3. Evaluación clínica

Se debe comenzar con la evaluación rápida de las funciones vitales para estabilizar a los pacientes que lo precisen siguiendo la regla ABCDE y canalizando 1 o 2 vías venosas periféricas para extraer una muestra sanguínea y administrar 20 ml/kg de SSF de forma rápida y/o transfusión de hemoderivados cuando se precise, valorando administrar plasma fresco congelado (10 ml/kg) si existen alteraciones de la coagulación y plaquetas si están por debajo de 20.000/ μ l.

5.3.1. Anamnesis

Lo primero es confirmar que se trata de una hemorragia digestiva:

· **Falsas hemorragias:** algunos alimentos o sustancias pueden conferir una coloración rojiza u oscura a las heces. Entre estos se encuentran la remolacha, la morcilla, las espinacas, el chocolate negro, la tinta de calamar, aditivos y colorantes alimentarios, o fármacos como la rifampicina, los suplementos de hierro, el carbón activado o el bismuto.

Los aspectos más importantes a recoger en la historia son:

- Antecedentes personales: toma de fármacos gastrolesivos, enfermedades digestivas o hepáticas, tendencia al sangrado por condición de base.
- Antecedentes familiares: síndromes de poliposis intestinales, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), coagulopatías.
- Síntomas: especificar las características del sangrado (cantidad y color). Valorar si se asocia a diarrea, dolor abdominal, fiebre, tenesmo, vómitos o dolor con la defecación. Existencia de lesiones en la piel, tos o epistaxis.

5.3.2. Exploración clínica

Se debe realizar una exploración completa, por aparatos y sistemas, con especial atención a:

Constantes: Frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno y glucemia.

Piel: Palidez, ictericia, urticaria, petequias, telangiectasias, pigmentación alrededor de la boca, labios, encías, mucosa yugal, ojos, manos y pies, dedos, ano y genitales (Peutz-Jeghers), púrpura palpable en miembros inferiores (vasculitis de Schönlein-Henoch).

Abdomen: Presencia de organomegalias, masas, dolor a la palpación y distensión abdominal.

Ano: Inspección para detectar hemorroides externas, desembocadura de fístulas, colgajo cutáneo, fisura, restos de sangre. Tacto rectal, que puede permitir detectar hemorroides internas o pólipos distales.

5.3.3. Pruebas complementarias

En muchos casos no son necesarias pruebas complementarias y la anamnesis y la exploración clínica permiten orientar la causa del sangrado y proponer un tratamiento específico.

Pruebas de laboratorio: necesarias solo en pacientes con sangrados significativos (palidez, taquicardia o inestabilidad hemodinámica). Se solicitará: hemograma, pruebas de coagulación, urea, creatinina, GOT, GPT, bilirrubina, GGT, glucemia, iones, gasometría y pruebas cruzadas (se hará la extracción y se remitirá a banco solo si se necesita transfusión). Hay que tener en cuenta que la hemoglobina y el hematocrito iniciales no son informativos, ya que sus valores tardan en estabilizarse 24 horas.

El cociente nitrógeno ureico (BUN)/creatinina puede ser útil para orientar la localización del sangrado. Valores ≥ 30 son sugestivos de HDA. $BUN \text{ (mg/dl)} = Urea \text{ (mg/dl)} / 2,1428$.

Ecografía abdominal: indicada si existe sospecha de invaginación intestinal o de vólvulo intestinal o si se palpa masa abdominal a la exploración.

Radiografía simple de abdomen: está indicada si se sospecha obstrucción intestinal. En el caso de sospecha de perforación intestinal, para buscar signos de neumoperitoneo se solicitará una radiografía simple de tórax en bipedestación o, si no es posible por la situación clínica del paciente, se realizará una radiografía simple de abdomen en decúbito lateral derecho.

Toma de muestra para coprocultivo y panel PCR de gastroenteritis: indicada si disentería, clínica de inflamación colónica grave de más de 5 días de duración (tenesmo, urgencia, emisión de mucosidad o deposiciones nocturnas), brote epidémico, sospecha de síndrome hemolítico-urémico u hospitalización.

5.4.Tratamiento

El primer objetivo del tratamiento es asegurar la estabilidad hemodinámica. Una vez se conozca la causa, se administrará el tratamiento específico.

Valorar transfusión de concentrado de hematíes si hemoglobina < 7 g/dl o si inestabilidad hemodinámica.

5.4.1. Fisura anal y hemorroides

Se trata con laxantes osmóticos por vía oral (preferiblemente polietilenglicol), dado que normalmente hay un estreñimiento de base, dieta rica en fibra, hidratación abundante, baños de asiento en agua templada durante 10-15 minutos, 2-3 veces al día y analgesia con paracetamol oral a 15 mg/Kg/dosis cada 6 horas hasta la resolución del dolor y el sangrado con la deposición. Si hay componente inflamatorio, aplicar durante no más de 5 días una pomada rectal de hidrocortisona (2-3 aplicaciones al día), idealmente en presentación combinada con neomicina y benzocaína.

5.4.2. Proctocolitis alérgica inducida por proteínas alimentarias

Normalmente son lactantes al pecho, así que se recomendará retirada de lácteos de la dieta materna según las [pautas elaboradas por la SEICAP](#). En caso de lactantes con fórmula adaptada, se cambiará por una fórmula extensamente hidrolizada o una de arroz. En ambos casos se derivará a Gastroenterología Pediátrica.

5.4.3. Colitis infecciosa

Toma de muestras para microbiología si disentería o más de 5 días de clínica (frotis rectal y, si es posible, heces) y cita en Atención Primaria para revisar resultados y, si procede, antibioterapia.

5.4.4. Enfermedad inflamatoria intestinal

Si reagudización de una EII ya en tratamiento, en horario de consultas externas se contactará con Gastroenterología Pediátrica. Fuera de este horario, valorar ingreso según el grado de afectación.

5.4.5. Absceso rectal

Amoxicilina/clavulánico 40 mg/kg/día cada 8 horas por vía oral.

5.4.6. Invaginación intestinal

Avisar a Radiología y Cirugía Pediátrica para reducción hidrostática.

5.4.7. Síndrome hemolítico-urémico

Sospechar si edemas, oligo-anuria, anemia desproporcionada en relación con la hemorragia digestiva, hipertensión arterial, alteraciones neurológicas, hiponatremia, insuficiencia cardíaca congestiva, pancreatitis, hepatopatía o trombopenia.

Es indicación de ingreso en UCIP y el tratamiento inicial es de soporte con control del balance hídrico y corrección de las alteraciones electrolíticas. Valorar necesidad de depuración extrarrenal.

5.5. Criterios de alta, ingreso y derivación

- **Alta desde UPED:** los pacientes con sangrados intermitentes leves causados por alergia alimentaria no mediada por IgE, estreñimiento o gastroenteritis aguda infecciosa enteroinvasiva con buen estado general y de más de 3 meses pueden ser dados de alta y seguidos desde Atención Primaria.
- **Ingreso en planta:** pacientes con alteración del estado general, gastroenteritis aguda infecciosa enteroinvasiva en menores de 3 meses, pacientes con deshidratación o desnutrición, EII en brote grave o sospecha de EII no diagnosticada hasta el momento con necesidad de transfusión o expansión de volumen.
- **Ingreso en UCIP:** pacientes con sangrado activo no controlado, inestabilidad hemodinámica o síndrome hemolítico-urémico.
- **Avisar a Cirugía Pediátrica:** sospecha de invaginación, obstrucción intestinal, pacientes inestables con sangrados no controlados.
- **Derivación a consultas externas de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica:** hemorragia digestiva leve de origen sin filiar y con buen estado general, alergia alimentaria no mediada por IgE, sospecha de EII, EII en tratamiento y en brote leve, prolapso rectal y hallazgo de pólipos en el tacto rectal.

6. Resumen de la atención inicial al paciente con rectorragia/hematoquecia

6.1. Evaluación inicial según el triángulo de evaluación pediátrica

Es esperable que nos encontremos a los pacientes en alguna de estas tres situaciones:

- 1) **Estable** – Triángulo de evaluación pediátrica normal
- 2) **Instable por shock compensado** – Afectación de la circulación
- 3) **Instable por fallo multiorgánico/shock descompensado** – Afectación de circulación y apariencia

En el caso del paciente inestable, procederemos con la estabilización inicial:

- Oxígeno
- Monitorización con pulsioximetría y mediciones no invasivas de presión arterial
- Canalización de accesos venosos periféricos
- Expansión de volumen con SSF 20 mL/kg
- Obtener análisis de sangre: hemograma, bioquímica, gasometría, ionograma, PCR y valorar pruebas cruzadas.

6.2. Evaluación primaria: ABCDE

- A) Permeabilidad de la vía aérea.
- B) Puede haber taquipnea si alteración hemodinámica.
- C) Potencial de repercusión hemodinámica grave: valorar signos de vasoconstricción. Medir frecuencia cardíaca y presión arterial. Si shock, obtener acceso venoso y pedir análisis de sangre y pruebas cruzadas.

- D) Nivel de conciencia. Observar si hay irritabilidad, somnolencia o decaimiento. Medición de glucemia.
- E) Valorar estigmas cutáneos que sugieran alteración de la hemostasia (hematomas, petequias). Tomar la temperatura dado que la fiebre sería un dato sugestivo de origen infeccioso o clínica sistémica en EII con actividad grave.

6.3. Evaluación secundaria: SAMPLE

- S) Definir las características del sangrado y de las deposiciones. Signos de obstrucción intestinal como estreñimiento, vómitos o distensión abdominal. Clínica sistémica como fiebre, desnutrición, astenia. Dolor abdominal y sus características (localización, irradiación, signos de peritonismo). Alteraciones cutáneas. Alteraciones articulares.
- A) Alergias conocidas.
- M) Tratamiento actual (AINEs, hierro oral, rifampicina, anticoagulantes, corticoides, aspirina).
- P) Meconiorrexis en las primeras 24 horas. Antecedentes de cirugía abdominal. Alimentación al pecho o con fórmula adaptada en los recién nacidos y lactantes.
- L) Importante qué alimentos ha tomado y a qué hora.
- E) Eventos que llevaron a la situación actual: introducción de lactancia artificial, posibilidad de toxiinfección alimentaria, alimentos o fármacos que simulen sangre, ambiente epidémico familiar y escolar, viajes recientes.

6.4. Algoritmo de síntesis de actuación en UPED ante paciente con HDB

