SANGRADO DIGESTIVO: ABORDAJE PRÁCTICO EN PEDIATRÍA

Carlos Torrá Rodríguez
Tutores: Dra. Tatiana Salvador Pinto y Dr. Oscar Manrique

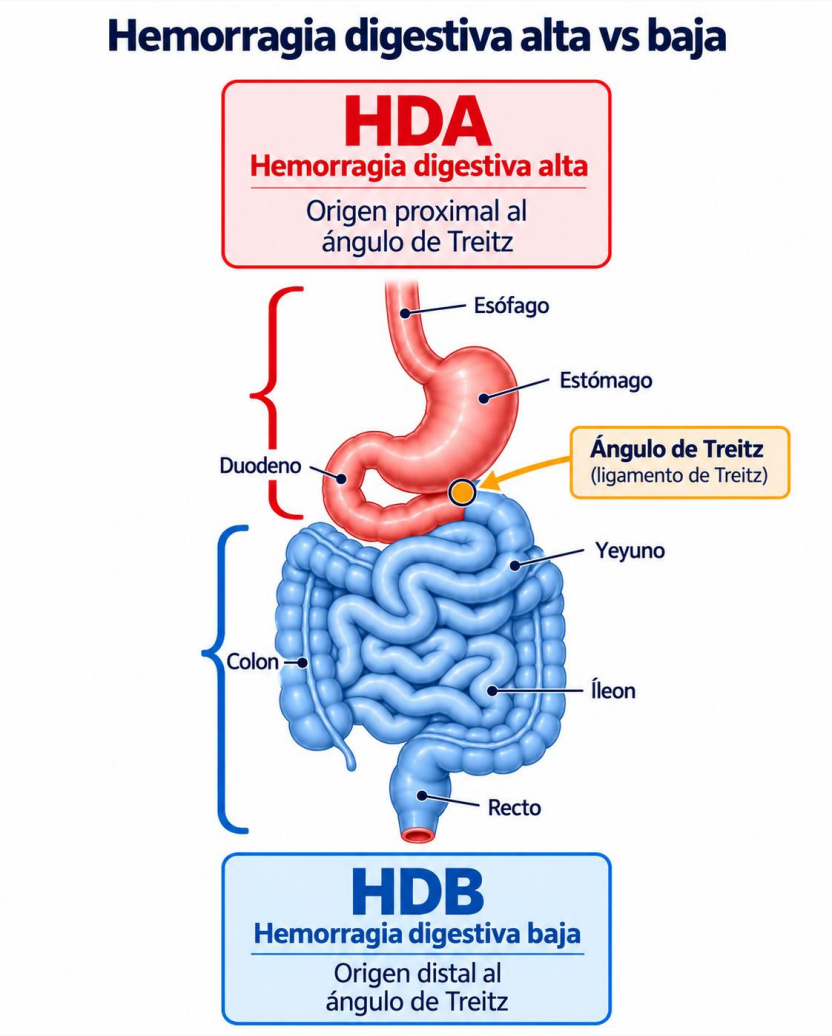
Medicina Digestiva Pediátrica
H. General Universitario Dr. Balmis
Octubre 2026



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Definiciones: alta o baja

Término	Definición	Interpretación
Hematemesis	Sangre con el vómito, roja o en «posos de café»	Orienta a HDA
Melena	Heces negras, alquitranadas y malolientes	Orienta a origen proximal
Hematoquecia	Sangre roja mezclada con las heces	Habitualmente HDB; también en HDA masiva
Rectorragia	Sangre roja por el recto, sin heces	Sugiere origen distal
Sangre oculta	Sangrado no visible macroscópicamente	No localiza por sí sola el origen
Origen oscuro	Origen no identificado tras endoscopia convencional	Puede requerir estudio de intestino delgado



La forma de presentación orienta, pero no localiza de forma absoluta

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Antes de diagnosticar…



1

¿Es realmente sangre?

Alimentos, colorantes, hierro y otros

En el neonato, considerar sangre materna deglutida (Apt-Downey)

2

¿El origen es digestivo?

Descartar epistaxis, lesiones orofaringeas y menarquia.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Anamnesis y exploración que cambian el diagnóstico



Anamnesis → Color, cantidad, número de episodios, relación con vómitos o deposiciones y recurrencia

Exploración → Incluir boca y fosas nasales, piel y mucosas, abdomen y región perianal

- En sangrado significativo, recurrente o con repercusión clínica son útiles hemograma, urea/creatinina, buoquímica y coagulación
- En sangrado crónico o repetido debe valorarse el metabolismo del hierro.
- En HDA, un cociente BUN/creatinina elevado (≥30 como sugestivo) puede apoyar un origen alto, pero debe considerarse un dato auxiliar

La hemoglobina y el hematocrito iniciales pueden ser poco informativos en la hemorragia aguda y descender durante las horas siguientes.

La clínica y la tendencia son más importantes que un único valor normal

¿Está estable?

La hipotensión es un signo tardío.
Una TA normal no descarta pérdida significativa

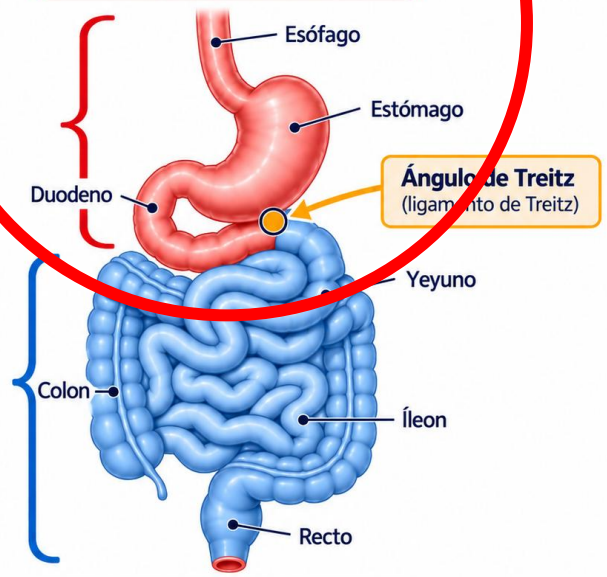


Hallazgo de alarma	Qué obliga a plantear
Alteración de conciencia, síncope, letargia	Hipoperfusión o enfermedad sistémica grave
Taquicardia persistente, pulsos débiles, relleno capilar prolongado	Compromiso circulatorio con TA aún normal
Hipotensión, oliguria, extremidades frías	Descompensación: estabilización inmediata
Sangrado abundante, persistente o recurrente	Mayor riesgo de anemización
Dolor intenso, distensión, defensa o peritonismo	Causa quirúrgica o colitis complicada
Hepatopatía / hipertensión portal conocida	Sangrado varicoso
Diarrea sanguinolenta con toxicidad, sepsis o deterioro renal/hematológico	Infección invasiva o SHU

Deben integrarse estado mental, frecuencia cardiaca, pulsos, relleno capilar, temperatura periférica, diuresis, aspecto general y tendencia de las constantes

Hemorragia digestiva alta vs baja

HDA
Hemorragia digestiva alta
Origen proximal al ángulo de Treitz



HDB
Hemorragia digestiva baja
Origen distal al ángulo de Treitz



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Hematemesis: diagnóstico diferencial



Contexto clínico	Diagnósticos prioritarios
Vómitos repetidos antes de la sangre	Mallory-Weiss / lesión mucosa por vómito
AINE u otros fármacos gastrolesivos	Gastritis o gastropatía erosiva; úlcera péptica
Dolor epigástrico, pirosis, dispepsia	Esofagitis, gastritis, úlcera gastroduodenal
Hepatopatía, esplenomegalia, circulación colateral	Varices esofagogástricas / hipertensión portal
Cáustico, pila de botón o cuerpo extraño	Lesión directa; circuito específico de urgencia
Neonato con sangre y duda sobre origen	Sangre materna deglutida, coagulopatía, otras causas neonatales

Endoscopia digestiva alta (EDA): ¿cuándo?



Escenario	Momento ESGE/ESPGHAN
Soporte circulatorio mantenido o hematemesis/melena de gran cuantía	EDA muy precoz: ≤12 h
Varices esofágicas conocidas con HDA	EDA muy precoz: ≤12 h
Transfusión por Hb <8 g/dL; caída aguda de Hb ≥2 g/dL; o estable con score sobre el umbral	EDA dentro de 24 h
HDA + hepatopatía o hipertensión portal previa	EDA antes del alta hospitalaria

La indicación de endoscopia urgente nunca debe retrasar la estabilización inicial

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Sheffield score en HDA pediátrica



Variable	Puntos
Condición/patología previa predisponente	1
Melena	1
Hematemesis de gran volumen	1
FC >20 lpm sobre la media para la edad	1
Relleno capilar prolongado	4
Caída de Hb >2 g/dL	3
Necesidad de expansión de volumen	3
Transfusión de hematíes (Hb <8 g/dL)	6
Necesidad de otros hemoderivados	4

Estima la probabilidad de necesitar terapéutica endoscópica

Estratifica: no sustituye la valoración hemodinámica, ni es por sí solo criterio de ingreso

Punto de corte: ≥8.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

3. Manejo inicial de la HDA



Estabilizar

- Monitorización y acceso venoso
- Corregir hipovolemia
- Hematíes si inestable o Hb ≤8 g/dL
- Corregir coagulopatía o trombocitopenia grave si hay sangrado activo
- Hipertensión portal: reposición prudente

Vía aérea

- Proteger vía aérea si inestabilidad grave, deterioro neurológico, distrés o riesgo de aspiración
- SNG no obligatoria de rutina
- No lavado con sueros fríos

HDA no varicosa

- IBP antes y después de la endoscopia
- Úlcera Forrest Ia, Ib, IIa (algunos IIb): hemostasia endoscópica

HDA varicosa

- Octreótido (referencia en fuentes españolas) e IBP
- Profilaxis antibiótica (cefalosporinas 2º-3º gen)
- Endoscopia precoz: ligadura con bandas y escleroterapia como alternativa
- Beta-bloqueantes: solo profilaxis

3. HDA: ¿quién debe ingresar u observarse?



Favorecer ingreso / observación hospitalaria

- Inestabilidad hemodinámica o soporte circulatorio
- Sangrado activo, abundante o recurrente
- Caída relevante de Hb; expansión o transfusión
- Sospecha de sangrado varicoso / hipertensión portal
- Necesidad de EDA muy precoz o ≤24 h
- Comorbilidad relevante, coagulopatía o reevaluación no garantizada

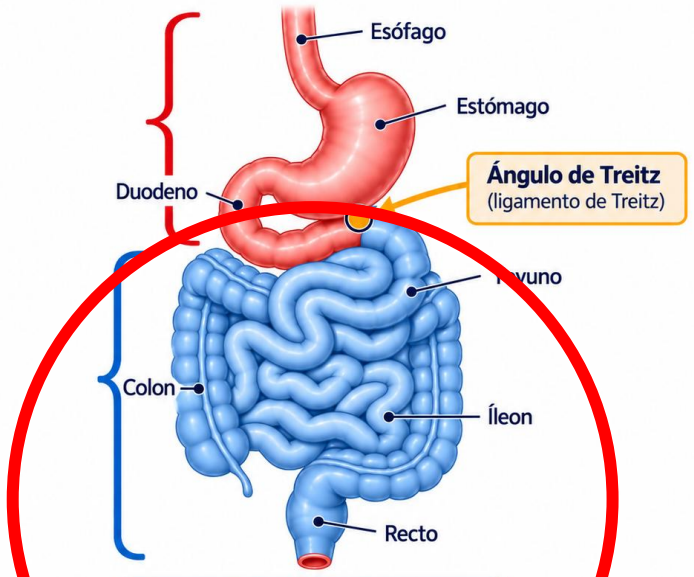
Manejo ambulatorio

- Episodio escaso y autolimitado
- Causa benigna muy probable
- Constantes normales y buen estado general
- Tolerancia oral
- Sin datos de alarma y seguimiento fiable

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Hemorragia digestiva alta vs baja

HDA
Hemorragia digestiva alta
Origen proximal al ángulo de Treitz



HDB
Hemorragia digestiva baja
Origen distal al ángulo de Treitz



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

4. Sangre en heces sin diarrea



Patrón clínico	Diagnósticos a priorizar
Sangre roja sobre heces duras + dolor defecatorio	Fisura anal
Sangrado rojo indoloro, recurrente	Pólipo juvenil; divertículo de Meckel
Sangre + dolor cólico agudo ± vómitos	Invaginación; vólvulo u otra causa quirúrgica
Lactante con poca sangre/moco y buen estado	Fisura; proctocolitis por proteínas alimentarias
Dolor abdominal + púrpura palpable	Vasculitis IgA (Schönlein-Henoch)
Sangrado recurrente + pérdida de peso, diarrea nocturna o enfermedad perianal	EII (Enfermedad Inflamatoria Intestinal)
Melena	Reconsiderar origen alto

4. Sangre en heces sin diarrea: pruebas que cambian la conducta



Fisura evidente + sangrado mínimo	No requiere estudio invasivo en un niño sano.
Sangrado significativo o recurrente	Hemograma ± coagulación ± metabolismo del hierro
Dolor agudo / sospecha de invaginación	Ecografía como prueba inicial
Sangrado indoloro sin causa anal	Valorar gammagrafía con Tc-99m para Meckel
Pólipo / sospecha de EII	Ileocolonoscopia: diagnóstico, biopsias y posible tratamiento
Origen probable en intestino delgado y estudio convencional negativo	Cápsula / enteroscopia

Ingreso u observación

- Inestabilidad
- Sangrado abundante o persistente
- Anemia significativa o transfusión
- Dolor intenso o sospecha quirúrgica
- Recurrente sin causa aclarada que requiera estudio
- Causa benigna, escaso volúmen y seguimiento seguro: ambulatorio

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

5. Diarrea con sangre: pensar primero en…



Aguda

Prioridad: enterocolitis infecciosa. Considerar Campylobacter, Salmonella, Shigella, STEC/EHEC, Yersinia y otros según contexto

Persistente / recurrente

Ampliar estudio hacia EII y otras colitis, sobre todo si hay pérdida ponderal, fallo de crecimiento, síntomas nocturnos o enfermedad perianal

Etiología	Claves
Campylobacter	Frecuente en nuestro medio; puede producir disentería
Salmonella	Puede producir colitis
Shigella	Disentería
STEC/EHEC	Sangre con fiebre baja o ausente; riesgo de SHU
Yersinia	Considerar según clínica y epidemiología
C. difficile	Antibiótico previo, inmunosupresión o contexto compatible
EII	Curso persistente/recurrente o signos de alarma

5. Diarrea con sangre: microbiología, analítica y SHU



¿Cuándo pedir estudio microbiológico?

- Enfermedad de base relevante
- Clínica muy grave / sepsis
- Duración >7 días
- Diarrea sanguinolenta relevante, sobre todo con fiebre alta
- Viaje reciente a zona de riesgo

Analítica si hay repercusión

- Electrolitos
- Urea / creatinina
- Glucosa
- Gasometría según gravedad
- Hemograma y plaquetas si afectación sistémica

Vigilar función renal si diarrea sanguinolenta

No perder de vista el SHU

Sospechar ante:

- Palidez
- Petequias
- Oliguria
- Edema
- HTA
- Deterioro tras aparente mejoría

Triada: anemia hemolítica microangiopática + trombocitopenia + lesión renal aguda

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

5. Antibióticos: cuándo sí y cuándo no



Situación	Conducta
Shigella confirmada o sospechada	Tratar; ajustar a resistencias locales
Campylobacter	Sobre todo formas disentéricas, graves/sistémicas o seleccionadas; más beneficio si es precoz
Salmonella no tifoidea	No tratar de rutina al niño sano; sí en grupos de alto riesgo
STEC/EHEC	Evitar antibioterapia (EHEC O157:H7: riesgo de SHU)

Sangre en heces ≠ antibiótico. Primero decidir si es un patógeno tratable o uno en el que el antibiótico puede ser perjudicial

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

6. ¿Cuándo pensar en EII?

PUCAI no es un score general para cualquier diarrea sanguinolenta: es un índice de actividad de colitis ulcerosa.



Signos de alarma

- Diarrea >14 días
- Sangrado / rectorragia recurrentes
- Diarrea nocturna
- Pérdida de peso
- Fallo de crecimiento
- Dolor abdominal persistente
- Urgencia / tenesmo
- Anemia
- Fiebre no explicada
- Aftas / enfermedad perianal / manifestaciones extraintestinales

PUCAI en colitis ulcerosa

PUCAI	Interpretación
<10	Remisión
10–34	Leve
35–64	Moderada
≥65	Grave: colitis aguda grave

PUCAI ≥65: indica gravedad, ingreso y manejo especializado

PCDAI E. de Crohn

PCDAI	Interpretación
<10	Remisión
10–27,5	Leve
30–37,5	Moderada
40–100	Grave

PCDAI ≥40: actividad grave

Estudio inicial

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda
- Albúmina
- Función hepática y renal
- Metabolismo del hierro
- Calprotectina fecal
- Despistaje infeccioso

Calprotectina: sensible para inflamación intestinal, pero poco específica: una cifra alta durante una infección aguda no demuestra EII

En pacientes ya diagnosticados de EII, HDB no es sinónimo de brote y lo primero que hay que hacer es descartar causas infecciosas: coprocultivo, panel GI con PCR ampliado, Clostridium y toxina Clostridium

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

7. Destino: alta, planta o UCI



Destino	Situaciones orientativas
Posible alta / seguimiento	Sangrado mínimo y autolimitado; causa benigna evidente; constantes normales; buen estado; sin anemia ni complicación; seguimiento fiable
Observación / planta	Sangrado recurrente; fracaso de rehidratación oral; diagnóstico incierto; EDA no emergente; EII que requiere estudio u hospitalización
Ingreso urgente / valoración especializada	Anemización importante o hemoderivados; sangrado varicoso; sospecha quirúrgica; SHU; sepsis o infección invasiva; colitis ulcerosa aguda grave
UCI / reanimación	Shock, soporte circulatorio mantenido, hemorragia masiva, deterioro neurológico/respiratorio o complicación abdominal crítica

Mensajes para llevarse a casa



1. **Primero gravedad; después etiología**
2. La hipotensión es tardía y una Hb inicial normal no descarta sangrado relevante
3. El tipo de sangrado orienta, pero no establece el origen
4. Endoscopia es el gold standard en el diagnóstico y tratamiento de la HDA
5. Diarrea sanguinolenta no implica antibiótico; especial prudencia con STEC/EHEC
6. Calprotectina elevada = inflamación, no diagnóstico automático de EII
7. Sangrado persistente + pérdida de peso / fallo de crecimiento / síntomas nocturnos → pensar en EII

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Bibliografía



1. Navalón Rubio M, Bautista Casasnovas A. Hemorragia digestiva alta y baja en edad pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:65-76.
2. Moreno Puerto L, Molina Arias M. Hemorragia digestiva alta y baja. Pediatr Integral. 2024;28(7):465-70.
3. Tringali A, Thomson M, Dumonceau JM, Tavares M, Tabbers MM, Furlano R, et al. Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Guideline Executive summary. Endoscopy. 2017;49(1):83-91
4. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; European Society for Pediatric Infectious Diseases. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59(1):132-52.
5. Bartolomé Porro JM, Vecino López R, Rubio Murillo M. Diarrea aguda. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:99-108.
6. Velasco Rodríguez-Belvís M, Palomino Pérez L. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. Pediatr Integral. 2024;28(8):515-25.
7. Rodríguez Martínez A, Velasco Rodríguez-Belvís M, Navas López VM. Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:207-21.
8. Martín de Carpi J, Viada Bris J, Jiménez Treviño S. Enfermedad de Crohn. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:191-205.
9. Wine E, Aloi M, Van Biervliet S, Bronsky J, Martín di Carpi J, Gasparetto M, et al. Management of paediatric ulcerative colitis, part 1: Ambulatory care—an updated evidence-based consensus guideline from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Crohn's and Colitis Organisation. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2025;81(3):765-815.
10. Assa A, Aloi M, Van Biervliet S, Bronsky J, Martín di Carpi J, Gasparetto M, et al. Management of paediatric ulcerative colitis, part 2: Acute severe colitis—an updated evidence-based consensus guideline from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Crohn's and Colitis Organization. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2025;81(3):816-51.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

SANGRADO DIGESTIVO: ABORDAJE PRÁCTICO EN PEDIATRÍA

Carlos Torrá Rodríguez
carlostorra99@gmail.com



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL