

## SANGRADO GASTROINTESTINAL. LAS LESIONES Y SU TRATAMIENTO

Dr. Julius J. Deren

Jefe de la división de gastroenterología y nutrición, Hospital de Graduados, Philadelphia, Pennsylvania  
Profesor de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Pennsylvania

### ANTECEDENTES

El sangrado gastrointestinal continúa siendo una de las principales razones de la admisión del paciente al hospital general y se asocia con un 5-15% de mortalidad. El mejoramiento de la supervivencia depende de dos factores principales:

- a) La habilidad para definir la etiología precisa de la fuente del sangrado en un individuo dado con sangrado gastrointestinal (GI) superior o inferior, y
- b) La disponibilidad de una modalidad de tratamiento que se pueda aplicar rápida y efectivamente y que no sea peligrosa para el paciente.

En la década pasada, una variedad de diagnósticos y maniobras terapéuticas fueron desarrolladas, lo cual ha cambiado dramáticamente las opciones en el enfoque del paciente con grave sangrado GI; hay evidencia de que estos enfoques han conducido al mejoramiento de los índices de supervivencia.

### FACTORES QUE INFLUYEN LA PERSPECTIVA EN EL SANGRADO GI SUPERIOR

1. Factores médicos generales: El sangrado masivo, que ocurre en un paciente con enfermedad mortal o en un paciente con falla en múltiples órganos, trae consigo una alta mortalidad y el control del sangrado puede no alterar grandemente las consecuencias o puede probar ser el factor pivotal que lleve a dar de alta al paciente. Estos son un

número de enfoques que han sido aplicados para prevenir el sangrado GI bajo estas circunstancias (v.g. un mejor manejo general del paciente en la unidad de cuidado intensivo, la administración de bloqueadores I.V.H. 2, administración de antiácidos cada hora vía tubo nasogástrico).

2. La edad.

3. Sangrado recurrente o continuo después de presentación al hospital; un incremento de mortalidad de doce veces ha sido descubierto en estos pacientes.

Ya que el estado médico general y la edad del paciente son variables que no pueden ser alteradas, esfuerzos para mejorar la perspectiva en el sangrado GI superior se han enfocado en técnicas para prevenir sangrado recurrente o continuo y para tratar tempranamente el curso del sangrado continuo.

### FACTOR RELACIONADO A UN NUEVO SANGRADO

1. Las várices esofageales (70%) y úlcera gástrica (GU) crónica (32%) es más factible que vuelvan a sangrar, más que la úlcera duodenal (DU) o dispepsia de rayos X negativa (10-15%).

2. Es más factible que el paciente con hematemesis vuelva a sangrar (23%), más que el paciente con melena (4%).

3. La severidad del sangrado inicial generalmente se correlaciona con la probabilidad de un nuevo sangrado; pacientes con una hemoglobina (HB) de 9G% tres días después de un sangrado inicial se encontró que tenían un

índice insignificante de nuevo sangrado, comparados con aquellos con una HB menor de 9 G% (15%).

4. La presencia de estigmas de un sangrado reciente en GU o DU aumenta la probabilidad de un nuevo sangrado.

Características de la Ulcera	No.	Más Sangrado	Cirugía de Emergencia	Muertes
Vaso visible	34	19	17	5
Otros estigmas de sangrado reciente	13	1	1	0
No estigmas	40	0	0	0

Cuando el paciente vuelve a sangrar, generalmente (94%) el episodio ocurre en dos días.

#### EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE CON SANGRADO GI

##### 1. Evaluación clínica del lugar del sangrado

a. Melena: generalmente indica sangrado distal al ligamento de Treitz.

b. Hematemesis: generalmente indica sangrado proximal al ligamento de Treitz. Noventa por ciento de los pacientes con sangrado masivo del duodeno tienen sangre en el estómago. Por lo tanto una aspiración nasogástrica limpia (particularmente si está impregnada de bilis) hace que un sangrado DU no sea la fuente probable de un sangrado GI mayor.

##### c. Hematoquezia:

—heces sueltas mezcladas con sangre —el lugar del sangrado puede ser en cualquier parte del tubo GI, si el paciente está estable hemodinámicamente es más probable que la fuente esté en el GI inferior.

—heces sólidas cubiertas con sangre — lado derecho del colon.

—heces sólidas con trazos de sangre — lado izquierdo del colon

—sangre en el papel de baño o en el excusado —origen anal.

#### EVALUACION CLINICA DE LA SEVERIDAD

1. Hematemesis: generalmente indica la pérdida del 25% o más del volumen de glóbulos rojos.

2. Ortostatis: generalmente indica la pérdida de sangre de 1500 ml o más.

3. Una disminución en la presión sanguínea o un pulso rápido indica seguramente la pérdida de un volumen alto de

sangre; sin embargo, un sangrado serio puede estar presente sin un gran cambio en estos parámetros.

#### EVALUACION CLINICA DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD

1. Historia: Síntomas de úlcera, ingestión de alcohol, ingestión de drogas, vómito, sangrado en otras regiones, etc., pueden proveer una pista para el proceso específico de la enfermedad responsable por el episodio del sangrado.

2. Físico: Estigmas de cirrosis, sensibilidad abdominal, soplo de estenosis aórtica.

3. Examen endoscópico: Un efecto exacto de la pronta endoscopia en la morbilidad y mortalidad no está mostrado claramente, aunque el advenimiento de las maniobras terapéuticas está empezando a mostrar efectos en morbilidad y mortalidad.

#### MEDIDAS GENERALES DE SOPORTE

1. Establezca una línea segura.
2. Reemplace la pérdida de sangre:
  - a) expansores
  - b) sangre íntegra vs. paquetes celulares
  - c) calcio y plasma congelado fresco; una unidad por cada seis unidades de sangre.
3. Vigile al paciente:
  - a) presión sanguínea, pulso, cambios ortostáticos
  - b) hemática y hemoglobina; después de una pérdida aguda de sangre, 50% del volumen de la sangre se restaura en ocho horas; se observa una variabilidad considerable.
  - c) presión venosa central o línea de SWAN-GANZ
  - d) flujo de la orina.
4. Inserte tubo nasogástrico
  - a) valor de diagnóstico
  - b) valor terapéutico

#### DIAGNOSTICO.(OPCIONES)

Para el presunto sangrado GI superior

- a) Inserte tubo nasogástrico
- b) Endoscopia superior
- c) Arteriografía o un scan de medicina nuclear raramente requerido para propósitos de diagnóstico.

Para el presunto sangrado GI inferior

- a) Sigmoidoscopia
- b) Sigmoidoscopia del GI superior para excluir el GI superior como la fuente
- c) Estudios de medicina nuclear, inyección del coloide sulfuro de tecnecio vs. glóbulos rojos marcados

- d) Estudios angiográficos
- e) La colonoscopia está siendo evaluada actualmente como una herramienta de diagnóstico para el sangrado GI inferior.

**OPCIONES TERAPEUTICAS**

1. Lavado de agua con hielo
2. Lavado con epinefrina
3. Infusión de vasopresina - intra-arterial vs. intravenosa; adición de nitroglicerina, nuevos análogos
4. Bloqueadores H2
5. Goteo antiácido intragástrico
6. Control arteriográfico del sangrado con vasopresina, gel-espuma coagulante, etc.
7. Tubo de Sengstaken-Blakemore
8. Escleroterapia
9. Coagulación de la zona de sangrado con sonda laser, de calor o coagulación bipolar
10. Cirugía.

**OPCIONES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA EVALUACION Y MANEJO DE LA HEMATEMESIS**

La endoscopia GI superior está considerada como la primera modalidad de diagnóstico:

HALLAZGOS	RESPUESTA
Sangrado severo	-Arteriografía o cirugía
Úlcera sangrante	-Cimetidina intravenosa, coagulación de la úlcera, cirugía (embolización ocasional del vaso sangrante)
Várices esofageales	-Hay una controversia con respecto al enfoque del tratamiento inicial; las

opciones incluyen vasopresina intravenosa, tubo S-B, escleroterapia; si el paciente no responde a ninguno de los arriba mencionados, se practican las otras opciones; la cirugía generalmente se reserva para pacientes en los cuales los síntomas no pueden ser controlados.

Lesión de Mallory Weiss	-Cimetidina, vasopresina intra-arterial, coagulación de la base de la úlcera, cirugía.
Gastritis	-Cimetidina, vasopresina intravenosa, cirugía.

**OPCIONES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA EVALUACION Y MANEJO DEL SANGRADO GASTRO-INTESTINAL INFERIOR**

1. El primer paso es hacer una sigmoidoscopia para excluir una fisura hemorroidal o rectal aguda y para ver si hay hemorragia mucosal difusa.
2. Endoscopia superior puede ser de valor para excluir el GI superior como la fuente.
3. El paso siguiente es hacer un estudio de glóbulos rojos marcados. . .
4. . . si es positivo, se procede a una arteriografía.
5. El tratamiento depende de los hallazgos:
  - a) malformaciones arterio-venosas: trate con vasopresina intra-arterial o considere cirugía
  - b) divertículo: vasopresina intra-arterial o considere cirugía
  - c) sangrado masivo sin una distinción clara del origen del mismo; si el scan es positivo en el lado derecho, practique hemi-colectomía; si el paciente está sangrando masivamente sin una documentación precisa de la zona de origen, proceda a una colectomía subtotal.