

La hemorragia digestiva siempre constituye una emergencia que requiere el ingreso urgente del paciente en el hospital, con el objeto de tratar o prevenir el shock hipovolémico, identificar con rapidez la lesión sangrante y proceder a su tratamiento, con finalidad hemostática o curativa. En los últimos años se han introducido una serie de técnicas, principalmente endoscópicas, pero también angiográficas, que han demostrado ser sumamente eficaces en el tratamiento de las lesiones digestivas sangrantes, altas o bajas, si bien en ocasiones la cirugía urgente todavía puede ser necesaria.

La hemorragia digestiva constituye una de las afecciones más alarmantes con las que se encuentra el clínico que trabaja tanto en urgencias como en el medio extrahospitalario.

Tomar una buena actitud terapéutica y saber con exactitud las prioridades que se deben seguir permiten un buen manejo de este tipo de enfermos.

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo y, para hacer más comprensible esta revisión, nos limitaremos a clasificarla como hemorragia digestiva baja y hemorragia digestiva alta.

La hemorragia digestiva genera un número importante de urgencias en los hospitales, siendo responsable del 1 al 2% de los ingresos medicoquirúrgicos. Se clasifican en hematemesis (sangrado por la boca), melenas (expulsión por el recto de sangre parcial o totalmente digerida) y hematoquecia (sangrado por el recto de sangre roja rutilante). No obstante, la clasificación más utilizada es aquella que se basa en el origen de la hemorragia, de forma que aquellas que se originan por encima del ángulo de Treitz se denominan hemorragia digestiva alta y la que se origina por debajo de éste hemorragia digestiva baja.

Si bien todas ellas pueden contribuir a crear un shock hipovolémico, la entidad que con más frecuencia lo hace es la hemorragia digestiva alta. Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son, por este orden: úlcera duodenal, úlcera gástrica y varices esofágicas.

La hemorragia digestiva se puede clasificar de varias maneras; 1.- TOPOGRAFICA.
a. Hemorragia digestiva alta o superior, aquella que sucede entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la boca. b.- Hemorragia digestiva baja o inferior, aquella que sucede entre el ano y la válvula ileocecal. c.- Hemorragia digestiva de origen oscuro, aquella que sucede entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la válvula

ileocecal. (Llamada así por la dificultad para el diagnóstico.) 2.- POR SU MAGNITUD a.- Leve, cuando es menor al 10% del volumen circulante. b.- Moderada, entre el 10 y el 20% del volumen circulante c.- Severa o masiva, cuando es mayor del 20% de la volemia. 3.- POR SU CURSO CLÍNICO. a.- Aguda b.- Crónica. ETIOLOGÍA. Son muchas las causas de la hemorragia digestiva, para poderlas estudiar, se dividen en altas, bajas y oscuras, como ya fue mencionado y las del tubo digestivo alto se subdividen en variceal y no variceal. Causas más frecuentes, en el tubo digestivo superior.. A.- HEMORRAGIA NO VARICEAL - Gastritis erosiva - Úlcera péptica (gástrica o duodenal) - Esofagitis - Desgarro de la Unión (Mallory-Weiss) - Cáncer (gástrico, esofágico o duodenal) - Tumores benignos (Leiomioma, pólipos. Etc.) - Anomalías vasculares (telangiectasias, angiomas, aneurismas, etc.) - Cuerpos extraños. - Parasitosis duodenales (Uncinariasis). - Sangre proveniente del hígado y vías biliares (Hemofilia) - Úlceras postescleroterapia de lesiones. B.- HEMORRAGIA VARICEAL - Varices esofágicas - Varices gástricas -- Gastropatía hipertensiva portal. Causas más frecuentes en el tubo digestivo inferior. Según el grupo de edad

Niños y paciente jóvenes. - Pólipos de retención (Juveniles) - Fisuras anales - Hemorroides - Parasitosis e infecciones (amebiasis, ballantidiasis, tricocefalosis, shigellosis, etc.) - Traumatismo. - Poliposis hereditarias (poliposis familiar). Adultos y ancianos - Enfermedad hemorroidal - Cáncer de colon y recto - Enfermedad diverticular - Angiodisplasias. - Pólipos CUADRO CLÍNICO Depende de la intensidad de la hemorragia, el espectro clínico, va desde el paciente asintomático, o con molestias inespecíficas por anemia crónica, hasta el paciente con choque hipovolémico severo, que puede conducir a la muerte rápidamente. Después de interrogar los antecedentes el cuadro varía de acuerdo a la enfermedad de base, pero respecto a la hemorragia activa se encuentran las siguientes variables: A) Hemorragia crónica, cuando el paciente tiene una lesión que sangra una pequeña cantidad unos cuantos mililitros por hora o por día, si el ritmo de la pérdida de sangre es menor al ritmo de la reposición sanguínea, en esas condiciones el paciente referirá cansancio fácil, palidez, disnea de medianos esfuerzos, taquicardia, edema de miembros inferiores, anorexia etc. B) Cuando la hemorragia es de mayor cuantía se puede manifestar como hematemesis (vómitos de sangre) fresca o digerida, en posos de café, seguida de evacuaciones melénicas (negras), si la situación se prolonga por varios días, el sujeto puede experimentar taquicardia, palidez y debilidad. Algunos pacientes solamente presentan las evacuaciones melénicas sin tener hematemesis, en especial los que tienen una hemorragia del duodeno o más adelante. C) En la hemorragia masiva, cuando se pierde más del 20% del volumen circulante, el paciente experimenta datos de choque hipovolémico (hipotensión arterial, taquicardia, palidez extrema, oliguria, lipotimias, palpitaciones, pudiendo llegar al estado de coma), además de la hematemesis. La melena o

inclusive enterorragia. D) En la hemorragia del tubo digestivo distal, el cuadro se presenta como evacuaciones de sangre fresca, de las características de las mismas, en especial si viene revuelta con el excremento, después de este, a goteo, o por fuera de las heces, nos orientan hacia la topografía de la hemorragia. Además de este cuadro clínico, cada una de las entidades que producen la hemorragia digestiva tiene su sintomatología propia, por ejemplo el paciente con una úlcera duodenal tendría un dolor rítmico y periódico, con sensación de hambre, el paciente con una enfermedad por reflujo, tendría pirosis, regurgitaciones, hipo, eructos, etcétera, antes de la hemorragia, el sujeto con una infección sistémica como la salmonelosis, tendrá un cuadro febril, etc.

LABORATORIO. De ingreso a todo paciente con hemorragia digestiva se le deben tomar exámenes de rutina, en especial hematocrito, hemoglobina, grupos sanguíneo y Rh, pruebas funcionales hepáticas, química sanguínea etc., algunas de las cuales como la hemoglobina y el hematocrito pueden ser normales en las primeras horas y van alterándose en cuanto el paciente se hemodiluye, las otras pruebas son indispensables para valorar el estado previo del paciente y otras para conocer los factores de riesgo.

GABINETE. Una vez estabilizado el paciente se debe realizar una endoscopia digestiva alta como estudio inicial, la cual a su vez en la mayor parte de los casos de hemorragia activa o estigmas de hemorragia, permitirá realizar el tratamiento endoscópico de urgencia, que logra controlar hasta el 90% de las hemorragias.

Ante la llegada de este tipo de enfermo en demanda de asistencia, las prioridades en la actuación inicial son:

a) valorar el estado hemodinámico y restauración de la estabilidad cardiovascular; b) localización sindrómica del origen del sangrado y valoración de la actividad, y c) identificar la causa del sangrado y el tratamiento

idóneo.

Es de vital importancia determinar la magnitud del sangrado. El control de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca en decúbito y sedestación y el estado de perfusión periférica proporcionan una estimación de la cuantía del volumen.

Sin embargo, la valoración de los valores de hemoglobina no es un parámetro útil en la cuantificación inicial del sangrado, ya que puede ser normal durante las fases compensadoras.

A continuación debe iniciarse la restauración del volumen intravascular para la estabilización hemodinámica del paciente. Para reponer la volemia se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre (14 o 16G). No es necesaria la vía central, salvo que no se puedan canalizar dos periféricas gruesas, al menos en el momento inicial.

La reposición se realizará a base de soluciones isotónicas. El uso de expansores plasmáticos está indicado en caso de hemorragias masivas.

Las constantes vitales (diuresis horaria, frecuencia cardíaca y presión arterial) se monitorizarán de forma continua ante una hemorragia. Se evaluarán en el laboratorio la hemoglobina y el hematócrito al ingreso y cada 4 h. También se realizará estudio de coagulación y grupo sanguíneo, además de pruebas cruzadas y se reservarán de 4 a 6 unidades de concentrados de hematíes y de 3 a 4 unidades de plasma en caso de que quede tiempo por si es necesario transfundir con sangre homóloga. Si existe hemorragia digestiva masiva con exanguinación se comenzará con sangre del grupo O negativo, hasta que lleguen las pruebas cruzadas (45 min, aproximadamente). En pacientes con hemorragia no activa y hematócrito por encima del 25-30% se individualizará la necesidad de transfusión teniendo en cuenta la caída y la tolerancia a la anemia.

En pacientes con alteraciones graves de la coagulación se utilizará plasma fresco congelado. Del mismo modo, la existencia de trombocitopenia importante (< 30.000 plaquetas/ μ l) y sangrado activo, también hace necesaria la transfusión de plaquetas.

Es necesaria la monitorización de la presión venosa central en aquellos pacientes con cardiopatía grave y riesgo de edema cardiogénico o en aquellos casos en que la perfusión de líquidos va a ser cuantiosa.

Si el sangrado es activo se llamará al endoscopista para que diagnostique el origen del sangrado y realice escleroterapia o coagulación por calor o por láser.

Actitud ante la hemorragia digestiva alta

En la hemorragia digestiva alta se debe valorar:

1. Historia previa de hemorragias.
2. Ingestión de fármacos con acción secundaria gastro erosiva.

3. Enfermedades concomitantes: hepatopatía crónica con hipertensión portal, presencia de varices, etc., así como historia previa de vómitos para descartar síndrome de Mallory-Weiss y situaciones de estrés como pueden ser quemaduras, traumatismos, cirugía cardiotorácica, hipotensión, ventilación mecánica, etc.

Entre las hemorragias digestivas altas, la úlcera péptica es la causa más frecuente, y supone aproximadamente el 50% de los casos. Los factores que predisponen a la hemorragia digestiva alta son el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE). Los factores que se asocian a un peor pronóstico en la hemorragia digestiva alta son los siguientes: *a)* paciente de edad avanzada con enfermedades crónicas concomitantes; *b)* sangrado digestivo que provoca inestabilidad hemodinámica; *c)* ingestión de AINE; *d)* estigmas endoscópicos de sangrado reciente o activo; *e)* las úlceras localizadas en la cara posteroinferior del bulbo y en la parte alta de la curvatura menor tienen peor pronóstico, ya que se ubican en las cercanías de la arteria gastroduodenal y gástrica izquierda, y *f)* las úlceras de tamaño superior a 1 cm de diámetro tienen mayor probabilidad de resangrado.

Aquellos pacientes con factores pronósticos negativos ingresarán en el hospital para ser tratados, mientras que en el caso de pacientes jóvenes sin signos de sangrado activo o reciente se les puede mantener en observación durante 12 h y posteriormente darles de alta.

Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia digestiva consiste en:

1. Los lavados gástricos no han demostrado cohibir la hemorragia, pero son muy útiles para aumentar el valor diagnóstico y terapéutico de la endoscopia, y proporcionan una mayor visibilidad de las zonas.

2. Los antisecretores gástricos (vasopresina, somatostatina, antagonistas del H₂ o inhibidores de la bomba de protones) (tablas 4 y 5) no han demostrado ser eficaces en el cese del sangrado, pero promueven la cicatrización. Inicialmente, se administrará por vía intravenosa y cuando se proceda a introducir la nutrición enteral se pasará a vía oral, debiéndose mantener un mínimo de 6 semanas. En pacientes sin antecedentes de toma de AINE se realizará test de aliento o test de ureasa en el nicho ulceroso y/o serología para descartar la existencia de *Helicobacter pylori*; en caso de que alguna de estas pruebas sea positiva se procederá a tratamiento erradicador durante unos 7 días y, posteriormente, se revalorará

3. Tratamiento endoscópico: la endoscopia sirve para diagnóstico, localización de la úlcera, valoración pronóstica y para tratamiento. Las maniobras terapéuticas que se deben seguir son variadas, dependiendo de cada centro (electrocoagulación, coagulación con láser e inyección de sustancias esclerosantes tipo etanolamina o etoxiesclerol). Se indicará tratamiento esclerótico cuando se evidencie sangrado activo o vaso visible en la úlcera; en caso de recurrencia se puede repetir el tratamiento.

4. Tratamiento quirúrgico: se debe proceder a tratamiento quirúrgico en los siguientes casos: a) hemorragia grave que produce intensa inestabilidad hemodinámica, y b) hemorragia recidivante tras tratamiento endoscópico.

5. Angiografía terapéutica: se debe valorar esta posibilidad de tratamiento en pacientes en los que la endoscopia no ha sido efectiva y presentan un riesgo elevado si son sometidos a intervención quirúrgica.

En el caso de que la hemorragia digestiva sea producida por varices esofágicas se procederá inicialmente a la escleroterapia endoscópica (tratamiento de elección); otra medida terapéutica es la ligadura endoscópica de varices.

Tratamientos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos indicados en este caso son:

La somatostatina. Produce una vasoconstricción esplácnica selectiva con disminución de la presión del flujo portal. Tras una dosis intravenosa de 250 µg se procederá a instaurar perfusión continua de 3 mg en 500 ml de suero fisiológico cada 12 h, durante 48-72 h, reduciendo la dosis a la mitad en las siguientes 24 h y suspendiéndola posteriormente.

Octreótido. Este fármaco supone una alternativa a la somatostatina. Se administran 50 µg en bolo intravenoso y posteriormente perfusión continua de 50 µg/h durante 48 h.

La vasopresina. Es una alternativa a los dos anteriores, aunque muy poco utilizada en nuestro medio; debe administrarse con una buena monitorización para evitar problemas cardiocirculatorios graves. Su análogo sintético es la glipresina que tiene una actividad similar a la somatostatina.