

Tratamiento de la hemorragia digestiva según los niveles de atención Treatment of digestive bleeding according to levels of care

Max Yoza Yoshidaira⁽¹⁾

RESUMEN

La hemorragia digestiva es una emergencia médica que se caracteriza por presentarse de formas clínicas diversas, variando la etiología y la severidad del cuadro clínico. Los requerimientos propios de las unidades de endoscopia y de los de apoyo, como una unidad de cuidados intensivos y banco de sangre, también varían de acuerdo a la complejidad de las situaciones clínicas. En este artículo señalamos las diversas situaciones clínicas y lo correlacionamos con el nivel de atención.

Palabras claves: hemorragia digestiva, endoscopia, nivel de atención.

ABSTRACT

Gastrointestinal bleeding is a medical emergency which varies in etiology and severity and is characterized clinically in a number of different ways. The requirements of endoscopic units and other supporting units, such as an intensive care unit and blood bank, also vary according to the complexity of the situation. In this article we outline different clinical situations and we match them with the level of care that they require.

Key words: digestive bleeding, endoscopic, levels of care.

La hemorragia digestiva es una emergencia médica que requiere de atención inmediata. Es una entidad clínica que abarca un espectro muy variable de enfermedades y situaciones. La hemorragia digestiva puede ser leve, sin compromiso hemodinámico o puede llegar a ser severa, con shock y muerte; puede manifestarse con hematemesis, melena, hematoquezia, sangrado rectal rojo vivo, deposiciones con sangre o puede ser evidente solo a través de una prueba de sangre oculta positiva.

Puede presentarse tanto en recién nacidos como en adultos mayores, así también en individuos aparentemente sanos, sin ninguna comorbilidad o en pacientes hospitalizados con múltiples comorbilidades; siendo los pacientes con cirrosis hepática los que requieren especial atención. El sangrado puede ser originado en el tracto gastrointestinal superior; esófago, estómago, duodeno; en el colon o en el intestino delgado. Las causas de la hemorragia digestiva son múltiples, siendo las principales la úlcera péptica, várices esofágicas, gastritis erosivas, enfermedad diverticular de colon, enfermedad hemorroidal, entre otros¹.

El tratamiento también es variable pudiendo ser de manejo ambulatorio o requerir la hospitalización del paciente en una unidad de cuidados críticos.

Así mismo, el empleo de fármacos simples o considerar el uso de drogas más complejas. El paciente pudiera necesitar tan solo una endoscopia diagnóstica, tratamiento endoscópico más complejo o cirugía. La elección del tratamiento del paciente está relacionada a la causa del sangrado.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Como apreciamos esta entidad clínica abarca situaciones que pueden ser simples o de gran complejidad, y requiere de un diagnóstico nosológico oportuno y preciso, por lo que su atención en un establecimiento de salud debe ser posible la evaluación de un gastroenterólogo. La determinación de urgencia de esta atención especializada va a depender de un buen triaje.

Al tratarse de un paciente con un sangrado que clínicamente impresiona como detenido o es de poca magnitud, sin evidencia de compromiso hemodinámico o si es un sangrado crónico, este puede ser atendido por la especialidad sin urgencia.

Por ejemplo, es el caso de un paciente joven con antecedentes de consumo de antiinflamatorios, reporta que tuvo melena tres días antes, ingresa hemodinámicamente estable y con un valor adecuado de hemoglobina.

(1) Médico Gastroenterólogo, Asistente del Departamento de Enfermedades Digestivas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Otro ejemplo es el paciente adulto que refiere deposiciones con rasgos de sangre, habiendo presentado este cuadro esporádicamente durante varios meses, este paciente también puede ser transferido sin urgencia.

Por el contrario, si describimos el caso de un paciente que acude por presentar un sangrado activo, con compromiso hemodinámico, alteración de la coagulación, enfermedades intercurrentes o comórbidas importantes o alteración mental, debe ser compensado inmediatamente y evaluado o transferido con prontitud a un servicio de gastroenterología.

NIVELES DE ATENCIÓN

El sistema de niveles de atención ha sido diseñado para un adecuado uso de los recursos médicos. El diseño de estos sistemas en el país varía según se trate del Ministerio de Salud, la Seguridad Social, las Fuerzas Armadas o el sistema particular. En la práctica, también se dan casos de hospitales nivel 1 que cuentan con servicios especializados o niveles más altos que no cuentan con ciertas especialidades o recursos. Por este motivo se ha dividido en niveles describiendo los recursos con los que cuenta.

1.- Nivel de atención en centro que no cuenta con servicio de gastroenterología:

La labor básica es la preventiva. Sabemos que una de las principales causas de sangrado es la úlcera péptica y esta asociada en un 54% al consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE)². Se debe evitar el uso indiscriminado de este grupo de drogas, sobre todo en pacientes seniles, con antecedente de enfermedad úlcero péptica o sangrado digestivo, con alteraciones de la coagulación o con cirrosis.

En los pacientes con cirrosis, como parte de su estudio, debe realizarse endoscopia digestiva alta para determinar la presencia de várices esofágicas. En los pacientes con várices esofágicas debe realizarse profilaxis primaria de sangrado con propanolol. Si llega un paciente con sangrado digestivo debe compensar hemodinámicamente al paciente si lo requiere y realizar un triaje adecuado y transferir al paciente. Se debe iniciar la administración de drogas inhibitoras de la secreción de ácido.

Las principales causas de hemorragia digestiva baja son la enfermedad diverticular de colon, cáncer de colon y proctitis actínica. Para disminuir la incidencia de sangrado por enfermedad diverticular de colon se debe promover el uso racional de los AINE. Hay que promover también el despistaje de cáncer de colon mediante la prueba de Thevenon en heces y colonoscopia en personas con mayor riesgo.

2.- Nivel de atención en centro que cuenta con servicio de gastroenterología pero no cuenta con banco de sangre y unidad de cuidados intermedios o unidad de cuidados intensivos:

Transferir a centro con mayor complejidad si se observa³:

- Coagulopatía
- Anemia que requiere transfusión
- Sospecha de hemorragia por várices
- Inestabilidad hemodinámica
- Sangrado activo evidente
- Comorbilidades (dolor torácico)

Si el paciente está compensado y no presenta los criterios mencionados anteriormente, se debe realizar una endoscopia y determinar la causa de la hemorragia.

Se puede tratar medicamente al paciente con sangrado digestivo que tienen poco riesgo de resangrado: úlceras pépticas de base limpia, Mallory Weiss de base limpia, gastritis, duodenitis, esofagitis, gastropatía hipertensiva portal, primer o segundo episodio de sangrado por enfermedad diverticular de colon sin sangrado activo o enfermedad hemorroidal.

Si se realiza la endoscopia y se observa una causa de sangrado que puede ser tratado con aguja de inyectoterapia, se puede realizar tratamiento endoscópico y luego transferir a un centro de mayor complejidad. Puede tratarse de un paciente con úlcera péptica con sangrado rezumante, se realiza inyección con adrenalina y luego transferir. Si se trata de várices esofágicas y no hay sangrado activo es preferible transferir a un centro de mayor complejidad. Si hay sangrado activo se puede realizar escleroterapia o ligadura de las várices o se puede colocar sonda de Sengstaken Blackmore y luego transferir al paciente.

Cuando se sospecha de sangrado por enfermedad diverticular de colon se procede a realizar la colonoscopia en los pacientes en los cuales el sangrado digestivo se detuvo espontáneamente, lo cual ocurre en el 85% de las veces. El sangrado por cáncer de colon es generalmente escaso, por lo que se puede proceder a realizar la colonoscopia y con el diagnóstico realizado transferir a un centro de mayor complejidad. En cuanto a los pacientes con proctitis actínica, se puede iniciar el tratamiento con enemas de dexametasona o sucralfato y transferir para realizar tratamiento de termocoagulación (probeta caliente, argón plasma)

3.- Nivel de atención en centro que cuenta con servicio de gastroenterología, con banco de sangre y unidad de cuidados intermedios o unidad de cuidados intensivos:

A este nivel deben llegar los pacientes con los criterios mencionados en el acápite anterior y los pacientes en los cuales no se ha podido llegar a un diagnóstico de la causa de la hemorragia. Este debe contar con todos los recursos necesarios para tratar la hemorragia digestiva. Se debe contar con la logística necesaria para poder cubrir la endoscopia durante las 24 horas del día. En los pacientes con hemorragia digestiva activa debe realizarse la estabilización hemodinámica del paciente y luego realizar una endoscopia temprana.

Tabla 1. Grado de riesgo y disposición del paciente según diagnóstico de sangrado digestivo

Diagnóstico	Riesgo	Disposición
Úlcera FIII	Muy bajo	Alta si se encuentra estable
Mallory Weiss con base limpia	Muy bajo	Alta si se encuentra estable
Gastritis/duodenitis/esofagitis	Muy bajo	Alta si se encuentra estable
Gastropatía hipertensiva portal	Muy bajo	Alta si se encuentra estable
Angiodisplasia	Medio	Hemostasia-piso
Cáncer	Medio	Hemostasia-piso
Úlcera con estigma de sangrado reciente	Medio	Hemostasia-Intermedios/UHD
Mallory con estigma de sangrado reciente	Medio	Hemostasia-Intermedios/UHD
Várices sin sangrado activo	Medio	Hemostasia-Intermedios/UHD
Úlcera con sangrado activo	Alto	Hemostasia-UCI/UHD
Várices con sangrado activo	Alto	Hemostasia-UCI/UHD
Dieulafoy	Alto	Hemostasia-UCI/UHD

*Hemost: hemostasia endoscópica

*UCI: unidad de cuidados intensivos

*UHD: unidad de hemorragia digestiva

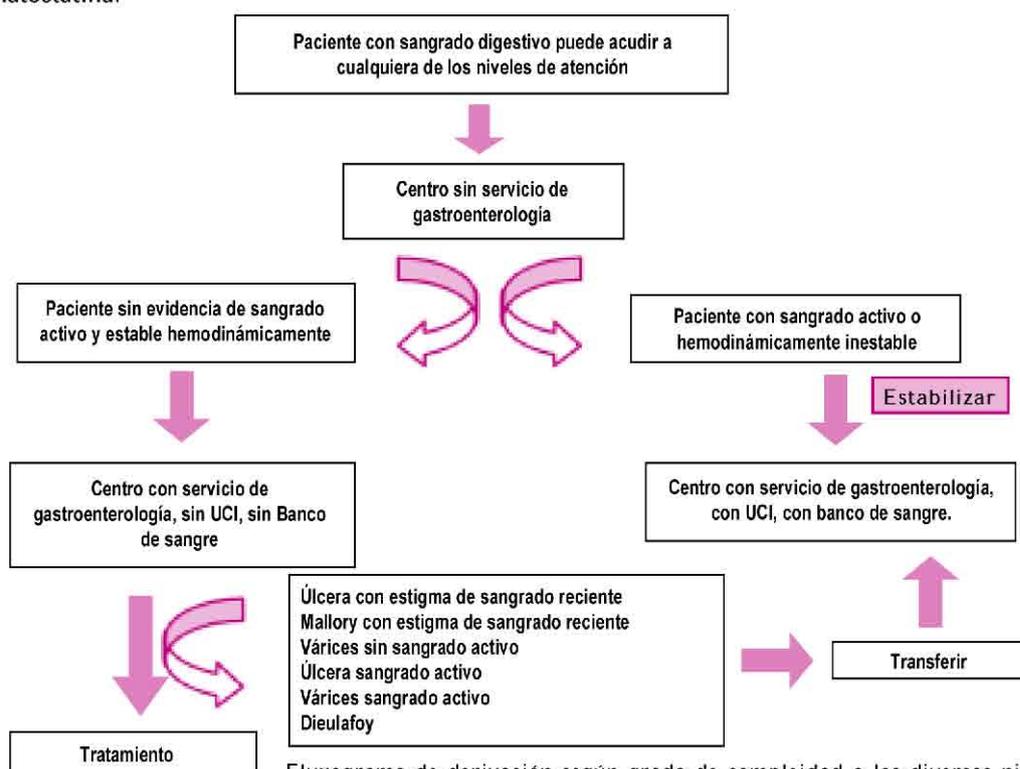
Una endoscopia temprana se define como aquella que se realiza dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente.

RECURSOS

No es materia de este artículo describir el tratamiento de cada entidad nosológica, lo que describiremos son los instrumentos con que se debería disponer, Un servicio de gastroenterología que no cuenta con un banco de sangre y de una unidad de cuidados intensivos debería contar mínimamente con fármacos como los inhibidores de la secreción de ácido, como ranitidina e inhibidores de bomba de protones, tanto en vía oral como parenteral, además de contar con otros fármacos que disminuyan la presión portal como propanolol, sandostatina y/o somatostatina.

El arma básica para tratar endoscópicamente las hemorragias digestivas es la aguja de inyectoterapia, con ella es posible realizar una hemostasia permanente o parcial de la gran mayoría de patologías (MEA, adrenalina, solución hipertónica, etc). Para las hemorragias por várices esófago-gástricas debe contar con una sonda de Sengstaken-Blackmore o una sonda de Minnesota. Si el gastroenterólogo tiene experiencia en el uso de sustancias esclerosantes o ligadura de várices puede contar con ellas, solo para el uso en casos de sangrado activo evidente.

Un servicio de gastroenterología referencial debe contar además con otros recursos para la hemostasis, sistemas de termocoagulación como probeta caliente o argón plasma, sistemas mecánicos como clips endoscópicos. Debe contar también con cianoacrilato para el tratamiento de várices de fondo gástrico.



Fluxograma de derivación según grado de complejidad a los diversos niveles de atención

Los recursos humanos es el punto mas importante para el diagnóstico y tratamiento adecuado de los casos de hemorragia digestiva severos. Tienen que tener entrenamiento y un equipo coordinado multidisciplinario para realizara tratamiento endoscópico de urgencia.

El nivel de mayor complejidad debe contar con todos los recursos para realizar investigación incluyendo el intestino delgado: cápsula endoscópica y enteroscopia de doble balón. Igualmente el centro de mayor complejidad debe tener un servicio de radiología intervencionista que brinde el servicio de gammagrafía y arteriografía. La arteriografía debe ser diagnóstica y terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velásquez H, Espejo H, Ruiz E, et al. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. Resumen de las comunicaciones libres del XXVII Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas. Lima – Peru 2001. S12-13.
2. Salvatierra Layten G, de la Cruz Romero L, Paulino Merino M, Vidal Vidal V, Rivera Davila C, Cano Chuquilin A, Frisancho Velarde O. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Metropolitan Lima. Rev Gastroenterol Per. 2006;26(1):13-20.
3. Lee J. The role of endoscopy in triage of patients with upper-gi bleeding. Clinical Up Date, American Society of Gastrointestinal Endoscopy 2005, 12(4):1-4.
4. Das A, Wong RCK. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointes Endosc 2004;60:85-93.

Correspondencia:

Dr. Max Yoza Yoshidaira
maxyoza@hotmail.com

Fe de erratas: Acta Med Per. 2006, 23 (2)

Dr. Régulo Agusti. Epidemiología de la hipertensión arterial. Acta Med Perú. 2006;23(2) [Página 71 dice: “La hipertensión arterial diastólica es predominante en las primeras décadas de la vida / Debe decir: La hipertensión arterial sistólica es predominante en las primeras décadas de la vida] [Página 71 dice: un comportamiento diferente al de las hipertensiones sistólica y sistodiastólica. / Debe decir: un comportamiento diferente al de las hipertensiones diastolicas y sistodiastólicas] [Página 72 dice: con 12,4% respectivamente, como se observa en la gráfica 3; en ella se dispone. / Debe decir: con 12,4% respectivamente, como se observa en la figura 4; en ella se dispone] [Página 72 dice: La presión arterial normal y la prehipertensión (considerados normotensos) fueron siempre de mayor prevalencia en las mujeres (Tabla 3) / Debe decir: La presión arterial normal y la prehipertensión (considerados normales) fueron siempre de mayor prevalencia en las mujeres y hombres respectivamente (Tabla 3).] [Página 72 y 73 figuras 4 y 7 se ha omitido información en la versión impresa. Para acceder a la informacion completa dirigirse a la versión electrónica de la revista] [Página 75 en la sección de referencias bibliográficas Dice: Los datos epidemiológicos son obtenidos del estudio sobre factores de riesgo cardiovascular por los doctores Luis Segura y Régulo Agusti, y en colaboración con múltiples investigadores nacionales y auspiciado por la Sociedad Peruana de Cardiología / Debe decir: En la Sección de Agradecimientos en recuadro resaltado : Los datos epidemiológicos son obtenidos del estudio sobre factores de riesgo cardiovascular por los doctores Luis Segura y Régulo Agusti, y en colaboración con múltiples investigadores nacionales y auspiciado por la Sociedad Peruana de Cardiología].

Dr. Guillermo Quiroz. Retos en el diagnóstico de la hipertension arterial. Acta Med Perú. 2006;23(2) [Página 90 figura 1 se ha omitido informacion en la versión impresa. Para acceder a la información completa dirigirse a la version electrónica de la revista].

Oswaldo Salaverry. El inicio de la educación médica moderna en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina de San Fernando. Acta Med Perú. 2006;23(2) [Dice: Dr. Oswaldo Salaverry. Profesor Principal de Cinecoobstetricia, Facultad de Medicina San Fernando UNMSM. Maestro Latinoamericano de la Obstetricia y Ginecología. Ex Jefe de la Unidad de Reproducción Humana, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ExSalud / Debe decir: Oswaldo Salaverry. Médico Cirujano. Profesor de Historia de la Medicina. Universidad Mayor de San Marcos. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública].