

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO

## MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA

*Dra. Abrahana del Pilar Cisneros Depestre<sup>1</sup>, Dr. Jacinto Robinson Jay<sup>2</sup>, Dr. Leonardo Carballosa Espinosa<sup>2</sup>, Dra. Elvira Poch Mulgado<sup>1</sup>, Dr. Roberto Lantigua Barrios<sup>2</sup>, Dr. Carlos Cruz López Revé<sup>3</sup>, Dra. Marubia Rosales Sánchez.<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Es de conocimiento del personal médico la insuficiente información que manifiestan los médicos generales integrales para enfrentar y solucionar la situación de salud que se da en el paciente con hemorragia digestiva baja. Es por ello que se realiza una revisión actualizada que brinda conocimientos relacionados con el manejo integral de la hemorragia digestiva baja en el ámbito de los servicios de emergencia médica, limitada a la actuación del médico general integral. Explorar lo concerniente a la hemorragia digestiva baja conlleva a reconocer que esta puede llegar a convertirse en una emergencia médica con compromiso vital, advirtiéndose las opiniones consensuadas y polémicas para enfrentar su diagnóstico y tratamiento. Se reconocen estrategias que guían la actuación del médico ante esta situación de salud.

*Palabras clave:* HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ etiología; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ cirugía; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/ terapia; URGENCIAS MEDICAS.

### INTRODUCCION

En los últimos años se ha enfatizado la importancia del intestino en la interpretación de la fisiopatología y en el manejo de los enfermos con patologías críticas. Entre algunas de estas patologías en pacientes críticamente enfermos se

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Coloproctología.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

encuentra: falla intestinal, hemorragia digestiva baja, colitis ulcerativa inmunológica agudizada, cáncer colorrectal complicado. Por tanto, el médico en el ejercicio de la profesión se expone a la necesidad de enfrentar y solucionar situaciones de salud de carácter urgente o emergente para cuya solución requiere apropiarse de contenidos concernientes a las urgencias intestinales.

Entre las situaciones de salud de carácter emergente relacionadas con el intestino se encuentra la hemorragia digestiva baja. Se considera hemorragia digestiva la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo; constituye una de las urgencias médicas más frecuentes, con una mortalidad que varía entre el 5 y 20 %, en dependencia de la cuantía del sangrado, origen, edad del paciente y existencia de otros problemas médicos asociados.

Según su origen se clasifica en:

- 1.- Hemorragia digestiva alta (HDA): Con origen por encima del ángulo de Treitz, que se manifiesta generalmente por hematemesis y/o melenas.
- 2.- Hemorragia digestiva baja (HDB): Que puede manifestarse en forma de melenas, proctorragia o hematoquecia. La pérdida de sangre en cantidad inferior a 50 ml puede detectarse como sangre oculta en heces.

El 80 % de las hemorragias digestivas bajas cesan espontáneamente, por lo que el paciente no precisa de tratamiento específico; sin embargo, en algunas situaciones la hemorragia es grave persistente y se requiere considerar, dependiendo de la causa, además de un tratamiento de soporte vital básico y avanzado, diferentes alternativas terapéuticas como la electrocoagulación, embolización o vasopresina intraarterial o cirugía.

Por lo tanto, para el médico que en su desempeño profesional requiere brindar atención a pacientes afectados de hemorragia digestiva baja debe profundizar sus conocimientos en este sentido, por lo que deviene la idea de la importancia de ofrecer referentes teóricos sintetizados en un material bibliográfico sobre el tema antes referido.

## DESARROLLO

### HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA COMO SITUACION DE SALUD EN SERVICIOS DE URGENCIA MEDICA

La llegada al Servicio de Urgencias de un paciente con sangramiento digestivo es regularmente un hecho dramático que obliga al personal de servicio a actuar con rapidez y precisión para evitar complicaciones más graves y un inminente desenlace fatal.

El diagnóstico exacto y precoz del origen de la HDB es la condición que nos permitirá considerar con resultados favorables un tratamiento acorde a la etiología de este episodio, donde se incluyen procedimientos médicos, endoscópicos y/o quirúrgicos.

Entre las urgencias médicas dicha entidad constituye un problema cuya frecuencia de aparición, magnitud y repercusión científica, económica y social, implica un desafío que requiere acciones inmediatas destinadas a estabilizar al paciente y, conjuntamente, identificar el sitio y/o la etiología del sangrado.

Se estima que entre el 10 y 45 % de los casos de hemorragia digestiva baja masiva (HDBM) requiere cirugía de urgencia por el carácter exanguinante o persistente del sangrado; con cifras de mortalidad promedio de 22 %.

La HDB es más frecuente en el varón que en la mujer, y su incidencia aumenta con la edad. En la novena década de la vida es 200 veces más frecuente que en la tercera década.

La incidencia anual de HDB grave es de 20 a 27 casos por 100 000 habitantes y su mortalidad global inferior al 5 %.

La historia clínica es de utilidad para orientar la localización y probable etiología de la hemorragia. Se debe enfatizar de manera exquisita en la obtención de datos, ya sean ofrecidos por el paciente o por la persona acompañante, sin dejar de mencionar elementos que quizás puedan parecer insignificantes y, por el contrario, brinden una información importante para encaminarnos hacia el manejo y terapéutica indicada.

- Características del sangrado, intensidad, frecuencia y color.

- Síntomas asociados, como: dolor abdominal o anal, diarreas, estreñimiento grave, fiebre, urgencia/tenesmo y pérdida de peso.
- Antecedentes, como: episodios previos de hemorragia, poliplectomía, endoscopia reciente, cirugía abdominal y vascular, antecedentes de úlcera péptica, de enfermedad inflamatoria, radioterapia abdominal y pelviana, enfermedades asociadas graves y toma habitual o reciente de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o anticoagulantes.

## CONCEPTO

La HDB es aquella que se origina a partir de lesiones localizadas por debajo del ligamento de Treitz; manifestándose habitualmente como hematoquecia.

La hematoquecia es la deposición de sangre pura o heces sanguinolentas o, en ocasiones, con coágulos.

La proctorragia es la hemorragia por el ano, de sangre roja originada en el recto o en el canal anal.

## CLASIFICACION

Mediante el grado de compromiso hemodinámico que tenga el paciente:

- **Aguda:** Hemorragia de menos de tres días de duración. Esta puede ser moderada o masiva.
  - a) Hemorragia digestiva baja moderada: Se clasifica así cuando existe una compensación en la hemodinámica inicial con restauración gradual del volumen y contenido plasmático, aunque puede necesitar varios días antes de restaurar su homeostasis.
  - b) Hemorragia digestiva baja masiva (HDBM): Presencia de taquipnea, taquicardia e hipotensión ortostática (descenso importante de la tensión arterial cuando el individuo se pone de pie), nos indica su gravedad y se corresponde, generalmente, con una pérdida sanguínea superior al 15 % del volumen total o a una velocidad superior a 100 ml por hora.
- **Crónica:** Pérdida de sangre continua (varios días o semanas) o intermitente.

- a) Hemorragia digestiva baja oculta: Corresponde a las pérdidas digestivas que no modifican las características macroscópicas de las heces, por lo tanto se reconoce sólo por el resultado positivo de los exámenes químicos de detección de sangre en heces fecales (Guayacol o de la Bencidina).

## FISIOPATOLOGIA

La enterorragia tiene un sustrato patogénico predominante anatomopatológico, aunque también puede ser ocasionada por una alteración fisiopatológica, como semiogénesis fundamental, las lesiones de los vasos arterias, venas y capilares, que permiten la salida de sangre con mayor o menor intensidad.

Las lesiones vasculares más comunes son: ruptura, trombosis, embolia, exulceraciones arteriales y venosas, así, como otras alteraciones parietales del vaso tales, como: reblandecimiento, esclerosis, aneurismas. Es importante también recordar la neoformación de vasos y angiomas.

En otras ocasiones, por alteraciones funcionales, se establecen cambios en la presión intravascular como: la vasodilatación arterial y el estancamiento venoso, determinados por causas locales o generales que facilitan la ruptura o dilaceración de su pared y, por tanto, la hemorragia.

Finalmente puede existir hemorragia por alteración de cualquiera de los factores que intervienen en la coagulación de la sangre, lo que constituye el síndrome patológico hemorragípara.

Se tratará la HDB que requiere hospitalización y que está caracterizada por inestabilidad hemodinámica, caída de más de 2 g/l de hemoglobina respecto a la determinación basal o necesidad de transfusión sanguínea. Dicha entidad en la mayoría de los casos se autolimita y solo en el 10-15 % tiene carácter persistente o recidivante.

Las manifestaciones clínicas del sangramiento digestivo dependen de tres factores fundamentales:

- a) La presencia de hematemesis, melena y enterorragia son signos inequívocos de que existe un sangramiento en el tracto digestivo. Se

considera que para que se haga evidente, se necesita la pérdida de por lo menos 100 a 200 ml de sangre total hacia la luz intestinal. Ya se han señalado anteriormente los caracteres e interpretación de esas manifestaciones.

- b) La pérdida de sangre por el tracto digestivo puede ocasionar múltiples manifestaciones clínicas generales y, entre ellas, se encuentra la anemia, que siempre estará presente cuando el sangramiento haya sido importante. Se pueden presentar alteraciones hemodinámicas de mayor o menor envergadura y siempre de acuerdo con la intensidad del sangramiento. En ocasiones, pueden llegar a hipovolemia y estado de choque.
- c) Las manifestaciones clínicas dependientes de la enfermedad que provocó el sangramiento. Sería imposible describir aquí las manifestaciones clínicas de cada una de las múltiples enfermedades que pueden dar lugar a esta complicación y que se enumeran cuando se habla de la etiología.

## ETIOLOGIA

Conocer la etiología permite también conocer algunas características clínicas de esa enfermedad y seleccionar oportunamente los medios terapéuticos más efectivos y de menor riesgo.

### CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR GRUPO DE EDAD.

GRUPO DE EDAD	CAUSAS
Recién nacidos	- Alergia a proteína láctea.
Lactantes	- Divertículo de Meckel con mucosa ectópica. - Síndrome hemolítico urémico. - Hiperplasia nodular linfoide.
Prescolares y escolares	- Pólipos juveniles. - Colitis ulcerosa. - Enfermedad de Crohn. - Fiebre tifoidea

<b>Adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pólipos de colon y recto.</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).</li> <li>- Enterocolitis infecciosa.</li> <li>- Fiebre tifoidea.</li> </ul>
<b>Adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patología orificial.</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>- Traumatismos abiertos y cerrados del abdomen.</li> <li>- Cuerpos extraños y heridas causadas por arma de fuego.</li> <li>- Fiebre tifoidea.</li> <li>- Angiodisplasia.</li> </ul>
<b>Adulto mayor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angiodisplasia.</li> </ul>

#### CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.

SIN DIARREA	CON DIARREA
Fisuras anales	A. Enterocolitis infecciosa
Poliposis rectales y de colon	Bacteriana
Poliposis familiar de Peutz-Jeghers	Parasitaria
Divertículo de Meckel	Colitis pseudomembranosa
Invaginación intestinal	Enterocolitis necrosante
Púrpura de Schoenlein-Henoch	B. Colitis no infecciosa
Vólvulo intestinal	Alergia a la proteína de leche de vaca
Malformaciones intestinales	Síndrome hemolítico urémico
Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn

## **CAUSAS EXTRAINTESTINALES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA**

- a) Tratamiento con anticoagulantes.
- b) Antecedentes de síndromes hematológicos (púrpuras trombopénicas, púrpuras vasculares, leucemia, hemofilia).
- c) Insuficiencia hepática.
- d) Coagulación intravascular diseminada.
- e) Sepsis grave generalizada.
- f) Ingestión de AINE.
- g) Antecedentes de radiaciones de la cavidad pélvica (rectitis actínica).

## **DIAGNOSTICO**

### **Ayudas diagnósticas:**

- 1. Tacto rectal.
- 2. Anuscopia - proctosigmoidoscopia.
- 3. Angiografía. Radiología con contraste.
- 4. Fibrocolonoscopia.
- 5. Cintigrafía con tecnecio marcado.
- 6. Enteroscopia.
- 7. Exploración del intestino delgado.

## **TRATAMIENTO MEDICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA**

- 1. Al llegar el paciente al Servicio de Urgencias se debe mantener en posición horizontal en una camilla. Si está en estado de choque se le levantan los pies a unos 45° del plano horizontal de la mesa, con esta posición se logra fluir unos 500 ml de sangre de los miembros inferiores hacia la cabeza para mantener la circulación cerebral y cardíaca.
- 2. Es fundamental mantener la función cardiorrespiratoria.
- 3. Canalizar vena profunda y/o periférica y se comienza de inmediato a administrar volumen (Dextro-ringer, suero fisiológico, Dextrosa al 5 %, Dextran u otros expansores del plasma).
- 4. Suministrar sangre.
- 5. Colocar sonda nasogástrica y aspiración.
- 6. Se valoran los signos vitales (pulso y tensión arterial) y si es posible la presión venosa central (PVC).

7. Se comienza a medir diuresis y si fuera necesario se realiza cateterismo vesical.
8. Si el paciente se estabiliza hemodinámicamente y la frecuencia del sangramiento digestivo (SD) lo permite, se realiza, de urgencia, examen endoscópico del tracto digestivo superior si es un sangramiento digestivo alto (SDA) o inferior en el caso de un sangramiento digestivo bajo (SDB).

## **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA**

En el adulto y, especialmente, en el mayor de 50 años, las causas más frecuentes de sangrado agudo y masivo que pueden requerir cirugía son:

**Diverticulosis colónica:** En este caso la perfusión de vasopresina por vía arterial consigue detener la hemorragia de origen diverticular en el 90 % de los casos. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los pacientes con hemorragia persistente o con alta tasa de recidivas en los que ha fallado el tratamiento angiográfico.

**Angiodisplasia:** La hemorragia por angiodisplasia suele ser intermitente y, debido a la frecuencia de lesiones difusas, puede producirse en distintas localizaciones del tubo digestivo. Por el mismo motivo, tras una hemicolectomía derecha indicada por hemorragia debida a angiodisplasia de ciego o colon derecho, puede aparecer recidiva hemorrágica por idénticas lesiones en otros puntos del tubo digestivo en un porcentaje que oscila entre el 5 y 40 %, según las distintas series. Ello condiciona la actitud quirúrgica y hace aconsejable la resección de un segmento intestinal sólo en pacientes con hemorragias incoercibles o con una elevada tasa de recidivas tras haber fallado las medidas conservadoras. Fotocoagulación o electrocoagulación transendoscópicas, cuando las lesiones se han podido identificar por endoscopia, o embolización arterial, cuando se ha utilizado la angiografía para el diagnóstico.

**Patología grave:** Combinada de ambos hemicolon (angiodisplasia y enfermedad diverticular grave de colon izquierdo).

Otros casos que requieren cirugía:

**Pólipos intestinales:** Si mediante la colonoscopia se extirpa un adenoma cuyo examen histológico revela carcinoma (focos de carcinoma limitados a la

mucosa, sin penetración de la *muscularis mucosae*), puede considerarse suficiente la escisión endoscópica, y la única precaución que debe tenerse es efectuar colonoscopia periódica de control. Por el contrario, cuando la histología demuestra un carcinoma invasivo (afectación de la submucosa), debe procederse a la posterior resección quirúrgica con colectomía segmentaria; algunos autores opinan que si el carcinoma invasivo está localizado en la cabeza del pólipo, el pedículo ha sido totalmente incluido en la resección, sin que exista evidencia de carcinoma en él, y el tumor no es muy indiferenciado, el tratamiento endoscópico puede considerarse suficiente.

**Tumores colónicos:** En el caso de los tumores colónicos, el tratamiento es habitualmente quirúrgico si bien muchos adenomas colónicos sangrantes pueden resecarse mediante asa de diatermia en la colonoscopia.

**Fiebre tifoidea complicada:** Su tratamiento debe ser conservador, pero hay ocasiones en las que la hemorragia es masiva o persistente, lo que obliga a una resección parcial.

**Hemorroides:** Cuando la hemorragia por hemorroides es importante o recurrente debe practicarse tratamiento quirúrgico.

**Divertículo de Meckel:** El tratamiento consiste en la resección quirúrgica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Browder W, Cerise EJ, Litwin MS. Impact of emergency angiography in massive lower gastrointestinal bleeding. *Ann Surg.* 1986; 204:530-6.
2. Vernava AM, Moore BA, Longo WE, Johnson FE. Lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40:846-58.
3. Chaudhry V, Hyser MJ, Gracias VH, Gau FC. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg.* 1998; 64:723-8.
4. Bannura G. Hemorragia digestiva baja. En: Llorens P, Nakamura K. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon. Japón: Editorial Abaco; 1990.p. 56-72.
5. Billingham RP. The conundrum of lower gastrointestinal bleeding. *Surg Clin North Am.* 1997; 77:241-52.

6. Klas JV, Madoff RD. Surgical options in lower gastrointestinal bleeding. *Semin Colon Rectal Surg.* 1997; 8:172-7.
7. Gostout CJ. The role of endoscopy in management of acute lower gastrointestinal bleeding. *New England J Med.* 2000; 342:125-7.
8. Luchtefeld MA, Senagore AJ, Szomstein M, Fedeson B, Van Erp J, Rupp S. Evaluation of transarterial embolization for lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum.* 2000; 43:532-4.
9. Wagner HE, Stain SC, Gilg M, Gertsch P. Systematic assessment of massive bleeding of the lower part of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet.* 1992; 175: 445-9.
10. Leitman M, Paull DE, Shires GT. Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Ann Surg.* 1989; 209: 175-80.
11. Bannura G, Contreras J, Palma G. Fístula arterial ilíaco-entérica secundaria a radioterapia pelviana. *Rev Chil Cir.* 2000; 52: 291-6.
12. McGuire HH Jr. Bleeding colonic diverticula. A reappraisal of natural history and management. *Ann Surg.* 1994; 220:653-6.
13. Ohyama T, Sakurai Y, Ito M, Daito K, Sezai S, Sato Y. Analysis of urgent colonoscopy for lower gastrointestinal tract bleeding. *Digestion.* 2000; 61:189-92.
14. Zúñiga A, Llanos O, Guzmán S, Cruz F, Rahmer A. Hemorragia digestiva baja masiva. Experiencia con 26 pacientes. *Rev Med Chile.* 1986; 114:636-42.
15. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TOG. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *New Engl J Med.* 2000; 342:78-82.