

## SANGRADO DIGESTIVO ALTO

(UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING)

\* Luis Andrés Jiménez Rojas

### RESUMEN

El sangrado gastrointestinal superior es una enfermedad muy común en los servicios de emergencia y tiene una alta morbilidad y mortalidad principalmente en adultos mayores. Es una emergencia abdominal potencialmente mortal que sigue siendo una causa común de hospitalización por lo general significa un gasto elevado de recursos porque su manejo puede involucrar gastroenterólogos, endoscopistas, cirujanos, transfusiones y medicamentos.

El sangrado digestivo se ha dividido tradicionalmente en superior e inferior, el ligamento de Treitz se usa comúnmente como el punto para diferenciar los dos. Las hemorragias proximales al ligamento son hemorragias gastrointestinales superiores, y las hemorragias distales son hemorragias gastrointestinales inferiores, puede tener una presentación variada, como hematemesis, melena, hematoquecia o shock hipovolémico.

### DESCRIPTORES

Hemorragia, ángulo de treitz, melena, shock hipovolémico, síndrome anémico crónico.

### SUMMARY

Upper Gastrointestinal Bleeding is a very common disease in emergency services and has a high morbidity and mortality mainly in older adults. Is a potentially life-threatening abdominal emergency that remains a common cause of hospitalization usually means a high expense of resources because its management may involve gastroenterologists, endoscopists, surgeons, transfusions and medications.

Digestive bleeding has traditionally been divided into upper and lower, the ligament of Treitz is commonly used as the point to differentiate the two. Bleeds proximal to the ligament are upper gastrointestinal bleeds, and distal bleeds are lower gastrointestinal bleeds, it can have a varied presentation, such as hematemesis, melena, haematochezia or hypovolemic shock.

### KEYWORDS

Hemorrhage, treitz angle, mane, hypovolemic shock, chronic anemic syndrome.

\*Médico General.  
Universidad de  
Iberoamérica (UNIBE). San  
José- Costa Rica.

## DEFINICIÓN

Se define como el sangrado provocado por lesión en el tracto digestivo por arriba del ángulo de Treitz.

## EPIDEMIOLOGIA

Representa entre 48 a 160 por cada 100.000 adultos por año y una mortalidad que representa entre un 10% y un 14%, el resangrado representa el principal factor de riesgo en cuanto a mortalidad y se produce en las personas tratadas con éxito entre un 10-30% de las veces. Como detalle se producen más hospitalizaciones en el caso de los sangrados digestivos altos que en el sangrado digestivo alto. La incidencia de las hospitalizaciones por hemorragias digestivas altas es cercana a 25 de cada 100.000 habitantes, y aproximadamente un 45% de las personas hospitalizadas son mayores de 60 años. Es más común el sangrado digestivo alto en hombres que en mujeres en una proposición 2:1, mientras que el sangrado digestivo bajo es más común en mujeres que en hombre. Además de las causas de sangrado digestivo alto no variceal representa un 80-90% siendo la enfermedad Ulcero Péptica la principal.

## ETIOLOGIAS

La enfermedad ulcero péptica, la gastritis erosiva y las varices esofágicas representan aproximadamente tres cuartas partes de los sangrados digestivos altos, en la *Tabla 1*, se enumeran en forma descendentes las principales causas de sangrado digestivo alto, y también las causas de sangrado digestivo bajo en las que también figura el sangrado digestivo alto como la tercera causa de sangrado digestivo bajo, por lo que se debe descartar sangrado digestivo alto en pacientes que

presentan estigmas de sangrado digestivo bajo.

**Tabla1** : Etiologías más frecuentes en sangrado digestivo en adultos

ALTA	BAJA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad ulcero péptica</li> <li>• Erosión gastrointestinal</li> <li>• Varices</li> <li>• Desgarros de Mallory-Weiss</li> <li>• Esofagitis</li> <li>• Duodenitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diverticulos</li> <li><input type="checkbox"/> Angiodisplasia</li> <li><input type="checkbox"/> Sangrado digestivo alto</li> <li>• Cáncer / pólipos</li> <li>• Patología rectal</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal</li> </ul>

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

También es importante en la historia clínica preguntar sobre los alimentos ingeridos debido a que se pueden dar falsos hematemesis y falsas melenas, en el caso de vómitos rojos pueden deberse a consumo de vino o salsa de tomate, en el caso de heces negras se pueden dar en paciente con terapia con hierro o sales de bismuto.

## HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO

Es importante preguntar al paciente sobre sus comorbilidades, consumo de medicamentos además de su edad, ya que el consumo de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes pueden empeorar o precipitar los cuadros de sangrado digestivo.

Los pacientes con hepatopatías también son un grupo importante de pacientes en

los que se debe tener especial atención ya que el manejo de los mismos incluye otros fármacos y análisis (principalmente para disminuir la hipertensión portal).

El cuadro clínico con el que se presentan estos sangrados digestivos es muy variado desde síndrome anémico crónico, shock hipovolémico, vómitos con sangre fresca o con residuos hemáticos (en broza de café) deposiciones oscuras, blandas y fétidas que se dan al digerirse la sangre proveniente del tracto gastrointestinal superior (melena que aparece cuando existe entre 50mL y 200mL de sangre digerida), hemotoquesia cuando un paciente tiene una tránsito intestinal rápido y se dan deposiciones con muestras de sangre.

Se puede realizar un lavado gástrico en el caso de que el paciente refiera que tuvo hematemesis, aunque la ausencia de sangre fresca en el lavado digestivo no excluye que el sangrado provenga del tracto digestivo superior ya que hasta una 15-20% de los sangrados digestivos no presentan un lavado gástrico positivo por causas como espasmo pilórico u obstrucción del duodeno y una sonda nasogástrica que no está debidamente colocada.

Existen también escalas de riesgo de resangrado, mortalidad y riesgo en paciente con sangrado digestivo alto como lo son la escala de Blatchford que utiliza el nitrógeno ureico, la hemoglobina y la presión arterial sistólica además de la ausencia o presencia de melena, enfermedad hepática, sincope o insuficiencia cardiaca; sin embargo tiene la limitante de no contar con parámetros endoscópicos, sin embargo permite un alta temprana en los pacientes que tienen un score en 0. Otra escala utilizada es el score de Rockall que incluye entre sus variables

edad, shock y comorbilidades además de variables endoscópicas que son estigmas de sangrado y diagnóstico de sangrado.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante endoscopia, preferiblemente temprana (menos de 24 horas) lo que tiene un impacto en el caso de pacientes con pérdida de sanguínea importante. Se utiliza la escala de Forrest para clasificar.

## TRATAMIENTO

**Farmacológico:** se recomienda la utilización de inhibidores de bomba de protones para el manejo de los sangrados digestivos altos en dosis de inicio de 80mg en bolo y 8mg por hora en infusión continua por tres días.

**Endoscópico:** se pueden utilizar varios métodos para tratar de detener el sangrado en el caso de los métodos endoscópicos entre ellos la inyección con adrenalina con solución salina 1:10.000 que detiene el sangrado en un buen porcentaje de las veces, pero tiene un riesgo de resangrado de un 15-20% de las veces. También se utilizan métodos de rayos laser y electrocoagulación; y ligaduras de varices en el caso de varices esofágicas y vasos sangrantes.

**Cirugía:** es poco utilizado y queda reservado para los pacientes que no se logran detener el sangrado por medio de endoscopia y fármacos. Para las ulceras duodenales se realiza piloroplastia y para las gástricas se realiza gastrectomías parciales.

El tratamiento de soporte con transfusiones sanguíneas queda reservado para los pacientes con inestabilidad hemodinámica que presentan una hemoglobina menor a 7g/dL para una meta de 7-9g/dL, en caso

de coagulopatías se debe orregir la anticoagulación.

## BIBLIOGRAFIA

- Jonnathan Gonzalez Rodriguez. (2015). Sangrado digestivo alto no variceal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica, LXXII (614), 141 – 148.
- Alex Arturo de la Cruz-Guillén, José René Sánchez-Espinosa. (2013). Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. Medicina Interna de México, 29 (5), 449-457.
- Marx, John A. Hockberger, Robert S. Walls, Ron M. Adams, James. Rosen, Peter. (2010). Rosen`s Emergency Medicina. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Yazmín Brenes Rojas. (2016). Sangrado digestivo alto por úlcera péptica. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, LXXIII (620), 693 - 700.

Recepción: 30 Mayo de 2017

Aprobación: 10 Junio de 2017