Tratamiento médico de las hemorragias digestivas

Dr. PEDRO KAUFMANN *

A) MEDIDAS INMEDIATAS

La atención del enfermo que ha sufrido una hemorragia digestiva alta grave debe estar en manos de un EQUIPO médico-quirúrgico conformado por: a) *médico*-gastroenterólogo; b) *cirujano*-experimentado, y si es posible, c) *radiólogo* con experiencia en radiología convencional del aparato digestivo y radiología vascular. El médico-gastroenterólogo debe ser un buen endoscopista y debe contar con el equipo endoscópico adecuado. La labor de este equipo es fundamentalmente determinar en forma exacta e inequívoca la causa de la hemorragia digestiva alta en cuestión para poder así determinar en forma precisa y adecuada el tratamiento específico. Solamente a través de esta inmediata actitud diagnóstica se puede esperar obtener un resultado satisfactorio.

Las medidas iniciales de EMERGENCIA al ingreso del enfermo consisten en:

La reposición volémica.

a) Descubierta de vena del miembro superior.
b) Transfusión de sangre rápida, y mientras no llegue la sangre, suero glucofisiológico I/V.
c) Control constante de Presión Venosa Central.

Sonda nasogástrica.

—Debe pasarse de inmediato una sonda nasogástrica de goma, con varios orificios en la punta, no demasiado fina.

—De inmediato se procede a la aspiración y lavado cuidadoso con suero frío. Medir lo aspirado.

—Esto permite dos cosas:

a) el control permanente del sangrado;
b) permite la endoscopía inmediata.

Controles vitales seriados.

Es decir pulso, presión arterial, presion venosa central y fundamental: la DIURESIS HORARIA; si es necesario se colocará sonda vesical.

B) EXPLORACION DIAGNOSTICA INICIAL

Debe recordarse siempre que un enfermo que se sabe portador de una enfermedad puede sangrar por otra. No es raro encontrar cirróticos portadores de várices esofágicas y quienes sin embargo sangran de una úlcera duodenal o de una gastritis hemorrágica. Por supuesto el tratamiento será bastante diferente en un caso o en otro. Es por eso que se debe exigir de la exploración diagnóstica inicial que DIGA INEQUIVOCAMENTE QUE SANGRA. La única excepción para proceder a dicha exploración diagnóstica es el shock. Ni que hablar que debe estar adaptada a las posibilidades del medio. En la gran mayoría de los centros de nuestro país no se puede aún hacer endoscopías en la emergencia por no contarse con los costosos equipos adecuados ni con médicos entrenados. Pero cada vez está entrando más el concepto de que ello es necesario, que se hace en otros medios, que se obtienen excelentes resultados con ello, y que nosotros no nos podemos quedar atrás.

Cuando en la mayoría de los países adelantados ya se están iniciando los estudios para la instalación de unidades de tratamiento intensivo de las hemorragias digestivas, bastante similares a las unidades coronarias, y cuando en algunos hospitales ya están funcionando dichos centros, es insuficiente que nosotros nos quedemos con la única opción de hacerle un gastroduodeno al enfermo; y dicho esto con todo el respeto hacia los datos de enorme valor que se obtienen con la correcta exploración clínica y un buen gastroduodeno. Además debe decirse que en algunos medios que cuentan con todos los equipos, igualmente se sigue haciendo el gastroduodeno convencional como primera exploración. Empero nosotros consideramos que:

1) La primera exploración diagnóstica debe ser la pan-endoscopia de urgencia, es decir la *esofagogastroduodenoscopia*. Con ella en la gran mayoría de los casos se hará el diagnóstico de qué es lo que sangra.

2) Si así no fuere, si no se aclara el diagnóstico con ella, si no se logró ver la lesión, ésta probablemente estará más allá de la 2ª porción del duodeno y se deberá proceder inmediatamente a la *Arteriografía selectiva* que señalará casi seguramente el punto que está sangrando.

3) Inmediatamente de realizada la arteriografía, y no antes porque el bario impediría la visión, se puede hacer, ahora sí, un *esofagogastroduodeno* convencional.

4) Simultáneamente se obtendrá una *muestra de sangre* que incluirá en primera instancia un hematocrito y un estudio completo de la crasis sanguínea. Otros exámenes se pedirán según el terreno.

5) Eventualmente, si se considera necesario, se plantearán otros métodos de estudio,

* Adjunto de Clínica de Nutrición y Digestivo. Fac. Medicina.

del cual destacamos fundamentalmente la esplenoportografía, de la cual ya se ha hablado suficiente, y el tránsito de delgado.

C) EVALUACION PRIMARIA DEL ENFERMO EN LA URGENCIA

Inmediatamente se procederá a determinar, de acuerdo a la ENTIDAD de la hemorragia digestiva, de acuerdo al TERRENO en el cual se produjo y en tercer lugar de acuerdo a LA CAUSA de la misma, la conducta a adoptarse. Pueden surgir así tres posibilidades:

I) Surge la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia.

Bien repuesto el enfermo, con su descubierta venosa, su catéter vesical y su sonda nasogástrica, con un diagnóstico preciso y con una indicación quirúrgica perentoria llegará el enfermo al block.

II) Se decide utilizar medidas instrumentales especiales.

Ello incluye fundamentalmente, aparte de la refrigeración sobre la cual no tenemos experiencia personal ni del servicio, la colocación de la sonda de balón de Sextaken Blackmore en el caso de várices esofágicas sangrantes.

III) Se decide continuar con el tratamiento puramente médico por el momento.

Con ello entramos en realidad en la parte que nos fue específicamente encargada de comentar.

ESQUEMA DE LA PROGRAMACION DEL TRATAMIENTO MEDICO

I) Alimentación inmediata láctea fría horaria.

Es el viejo e incambiado pilar central del tratamiento médico. La leche fría tiene las *ventajas* de combinar por un lado su capacidad de neutralización del ácido, por el otro fortalecer el enfermo alimentándolo y suministrándole una buena cantidad de agua, calorías y proteínas, y todo esto sin estimular la secreción gástrica ni su motilidad, permitiendo así el llamado reposo fisiológico gástrico.

La *administración* debe ser de 100 cc. cada hora durante los primeros dos a tres días. La *realimentación* del paciente recién se iniciará luego, si dejó de sangrar, sustituyendo cuatro de las tomas de leche por cremas, jaleas y gelatinas.

El único caso en el cual una alimentación láctea está contraindicada, es el del cirrótico que entra en coma hepático a raíz de la hemorragia, ya que el aporte proteico sería excesivo.

II) Antiácidos.

La administración de los antiácidos constituye el segundo y conocido pilar del tratamiento médico. Mejoran el grado de neutralización del ácido al alternarlo con la leche.

Tipo: Se utilizan los inabsorbibles:
—Gel de hidróxido de aluminio;
—Gel de fosfato de aluminio;
—Trisilicato de magnesio.

Administración: Una cucharada (15 cc.) cada hora, en las medias horas.

Método gota a gota continuo: Utilizamos una mezcla al tercio de agua, leche y gel de hidróxido de aluminio por sonda nasogástrica gruesa.

Ventajas:
—Neutralización continua de la acidez.
—También durante la noche.

Desventajas:
—Incómodo.
—Frecuente obstrucción del tubo.
—Peligro de distensión gástrica y vómitos.

Indicación de este método:
—Dolor ulceroso que persiste luego de la hemorragia.
—Dolor nocturno.
—Persistencia del sangrado.

III) Fármacos.

Los siguientes fármacos pueden tener indicación en el tratamiento médico de ciertas hemorragias digestivas altas:

Anticolinérgicos: Indicados especialmente en hemorragias por ulcus. Puede utilizarse cualquiera de los modernos fármacos sintéticos pero nosotros seguimos prefiriendo la vieja atropina s/c o más tarde la tintura de belladona v/o.

Modificadores del tono gastroduodenal: Pueden estar indicados cuando hay vómitos o elementos de síndrome pilórico: Metoclopramida (nombre comercial: Primperan, Comportan).

Sedantes: Siempre útiles en estos casos sobre todo de noche. Deben utilizarse sedantes suaves y en dosis pequeñas.

Sulpiride: De utilidad sobre todo en ulcerosos. Nombre comercial: Dogmatil. Dosis: 100 mgrs. i/m cada 12 horas.

Protectores de la mucosa: De utilidad sobre todo en las gastritis hemorrágicas: crema de bismuto 1 cuch. 4 veces diarias.

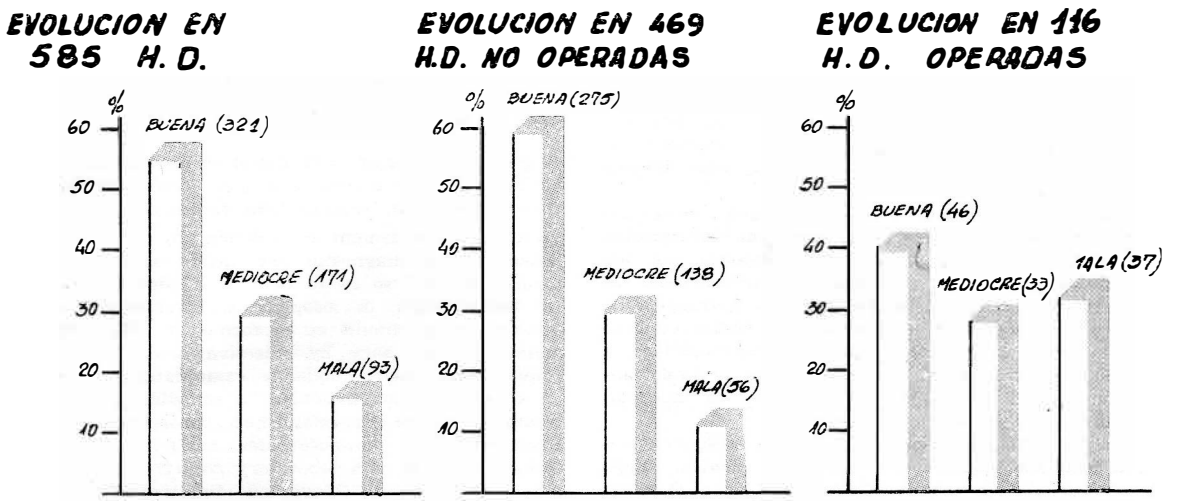
Octapresina: Util en sangrado por várices esofágicas. Ya ha sido analizada.

Medicación coagulante: Tenemos al respecto una idea bien clara y neta. Son útiles cuando hay una alteración en los mecanismos de la coagulación, por ejemplo en un cirrótico; no son de utilidad alguna por el contrario cuando la crasis es normal.

Vitaminas: Mencionamos la vitamina K en hemorragias en cirróticos y la vitamina C a altas dosis i/v en ulcerosos.

Antibióticos: Fundamentalmente en caso de ulcerosos.

Laxantes: Pueden usarse laxantes suaves cuando se produce constipación por el uso de los antiácidos.



CONTROL
DURANTE EL TRATAMIENTO MEDICO

El cuidadoso control clínico, de enfermería y de laboratorio es fundamental.

Debe controlarse:

I) Diuresis, P. venosa central, P. arterial y pulso cada 4 horas.
II) Control seriado de la aspiración gástrica que nos permite saber si sigue sangrando.
III) Control del color de materias.
IV) Control humoral, que debe incluir hemograma, ionograma y urea como mínimo, cada 24 horas. Según la enfermedad o el terreno se solicitarán otros exámenes.

La importancia de este control continuo es fundamental en varios aspectos:

a) Aunque en primera instancia se haya descartado el tratamiento quirúrgico de urgencia, una vez iniciado el tratamiento médico, igualmente puede surgir una indicación quirúrgica en las primeras horas o días. Efectivamente la persistencia del sangrado a pesar del tratamiento médico, o la reiteración del sangrado durante dicho tratamiento serán indicaciones quirúrgicas que luego serán analizadas.

b) En segundo lugar solamente el continuo control de los diferentes parámetros analizados nos permitirá adecuar el tratamiento de reposición volúmica a las condiciones del enfermo.

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS
BAJAS GRAVES

Ahora unas pocas palabras sobre el tratamiento médico de las hemorragias bajas.

A) Toda hemorragia colónica en primera instancia es de tratamiento médico.
B) Las *medidas iniciales* consisten en:
   1) Reposición volúmica adecuada.
   2) Controles vitales.
   3) Dieta líquida.
   4) Administración de crema de bismuto v/o.
C) *Diagnóstico instrumental y radiológico:*
   1) Métodos endoscópicos: Rectosigmoidoscopía y fibrocolonoscopía; con la salvedad de que a veces en hemorragias continuadas y persistentes la visión puede verse dificultada.
   2) Si no se aclara la causa de la hemorragia y ésta es severa debe efectuarse una arteriografía selectiva.
   3) Inmediatamente después si el estado del enfermo lo permite se hará el colon por enema.
D) Una vez establecido el diagnóstico de causa de la hemorragia se podrá establecer un *tratamiento médico específico* en algunas etiologías. Mencionaremos únicamente:
   —En la *colopatía diverticular:*
      —Antibióticos
      —Antisépticos
      —Antiespasmódicos.
   —En la *colitis ulcerosa crónica:*
      —Corticoides
      —Azulfidine
      —Sedantes
      —Enemas a retener.

RESULTADOS
DEL TRATAMIENTO MEDICO

Este cuadro extraído de un trabajo de los doctores Muñoz Monteavaro, Mescia y Ninsky, resume la evolución de 585 hemorragias digestivas tratadas en el Servicio. Interesa destacar que de 585 casos 469 no fueron operados. De estos casos sometidos exclusivamente a tratamiento médico, 275 o sea casi el 60 % tuvieron una evolución buena, es decir que cesó el sangrado; 138, o sea alrededor del 30% tuvieron una evolución mediocre, es decir que repitieron el sangrado, y en un 10 % aproximado de casos, la evolución fue mala. Debe destacarse que esta estadística incluye fundamentalmente hemorragias digestivas altas, incluyéndose en ella muy diversas etiologías y un gran número (128 casos en total) de hemorragias digestivas por várices esofágicas.

RESUMEN

La atención del enfermo con una hemorragia digestiva debe ser efectuada por un equipo medicoquirúrgico integrado por gastroenterólogo, cirujano y radiólogo. Luego de la reposición volémica por cateterismo venoso, debe efectuarse inmediatamente la exploración diagnóstica inicial para determinar inequivocamente qué sangra.

Para ello en las hemorragias de origen esofagogastroduodenal debe hacerse de entrada una panendoscopia, complementada luego si fuera necesario, con arteriografia selectiva y gastroduodeno convencional. Si no surge la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia se programará el tratamiento médico en base a dieta láctea fria horaria, antiácidos inadsorbibles, y fármacos de acuerdo al caso. Se señala la importancia del control clinico, de enfermeria y de laboratorio durante el tratamiento médico.

Las hemorragias digestivas bajas graves son en primera instancia siempre de tratamiento médico. Luego de endoscopia de urgencia para establecer el diagnóstico se indicará el tratamiento médico específico de acuerdo a la etiologia. Se presentan finalmente los resultados del tratamiento de 585 hemorragias digestivas, de las cuales 469 no fueron operadas, con 60 % de evolución buena.

RÉSUMÉ

Le malade qui a une hémorragie digestive doit être soigné par une équipe medico-chirurgicale constituée par un gastro-entérologue, un chirurgien et un radiologue. Une fois le volume du sang rétabli par cathétérisme veineux, il faut procéder immédiatement à l'exploration diagnostique initiale, pour déterminer avec certitude qu'est-ce qui saigne.

Pour cela, dans les hémorragies d'origine oesophago-gastroduodénales il faut faire d'emblée une panendoscopie, complétée ensuite si besoin en est par une artériographie sélective et un examen gastro-duodenal conventionnel. Si une intervention chirurgicale d'urgence ne s'avère pas nécessaire, le traitement médical sera établi sur la base d'un régime lacté froid horaire, d'antiacides non-absorbables et de médicaments, suivant le cas. L'auteur souligne l'importance du contrôle clinique, d'infirmiers et de laboratoire au cours de ce traitement. Les hémorragies digestives basses graves ont toujours, en premier lieu, traitée médicalement. A la suite de l'endoscopie d'urgence pour établir le diagnostic, le traitement médical spécifique sera indiqué d'après l'étiologie.

En dernier lieu l'auteur présente les résultats du traitement de 585 hémorragies digestives, dont 469 non opérées, avec une bonne évolution dans 60 % des cas.

SUMMARY

Patients suffering from digestive hemorrhage should be cared for by a medico-surgical team composed of gastroenterologist, surgeon and radiologist.

After reinstatement of volemia, by venous catheterism, initial diagnostic exploration should be performed at once so as to determine what is bleeding. In hemorrhages of esophago-gastro-duodenal origin pan-endoscopy should be performed at once, complemented if necessary by selective arteriography and conventional gastro-duodenal examination. If urgency surgery is not indicated, a schedule for medical treatment should be established, consisting of hourly cold milk diet, non-absorbable antiacids and drugs. Clinical, nursing and laboratory control are important during this period. Grave low digestive hemorrhages should first receive medical treatment. After urgency endoscopy for the purpose of diagnosis, specific medical treatment should be set in accordance with etiology.

Finally case material, consisting of 585 digestive hemorrhages is described; 469 were not operated and evolution was good in 60 % of cases.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. L. Gastroenterologia. Barcelona, Salvat, 1971.
2. DAVENPORT, H. W. Fisiologia de la Digestión. México, Interamericana, 1968.
3. ESPEJO SOLA, J. Manual de Dietoterapia de las Enfermedades del Adulto. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
4. JERZY GLASS, G. B. Progresos en Gastroenterologia. Barcelona, Científico Médica, 1973, v. 2.
5. NELSON, R. S. Gastroscopic Photography. Chicago, Year Book Medical, 1966.
6. SLEISENGER, M. H. and FORDTRAN, J. S. Gastrointestinal Disease. Philadelphia, W. B. Saunders, 1973.
7. VALDES-DAPENA, A. M. and STEIN, G. N. Morphologic Pathology of the Alimentary Canal. Philadelphia. W. B. Saunders, 1970.