



HEMORRAGIA DIGESTIVA

Dr. Simón Beker G. (*)

I.- CRITERIO DE HEMORRAGIA MASIVA

- 1.— Hematemesis + Evacuaciones Sangre roja
- 2.— Shock hipovolémico + $Hb < 8 \text{ gr} + Hto < 30$
- 3.— $PVC < 55 \text{ mmH}_2\text{O}$, o $\downarrow 2 \text{ mmH}_2\text{O}/\text{min.}$ o $\downarrow 50 \text{ mmH}_2\text{O}$ después de estabilizado
- 4.— Transfusiones sanguíneas mayores de 1000 cc.
o $> 600 \text{ cc/hr.}$

Aproximadamente 1/3 de las hemorragias digestivas son de carácter masivo.

II.- ESTIMACION DE LA SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA

- 1.— Cantidad de sangre visible:
 - a) Menor de la verdadera cantidad perdida.
- 2.— Efectos circulatorios:
 - a) $< 350 \text{ cc} =$ ninguno
 - b) $> 350 \text{ cc} =$ mecanismos hemodinámicos compensatorios: vasoconstricción periférica (llenado capilar \downarrow), $PA \uparrow$; TA normal o \uparrow ; PVC (generalmente \downarrow PVC precede $\uparrow PA$ o $\downarrow TA$)

(*) Profesor Titular de la Catedra de Clínica Gastroenterológica. Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas.

- c) Descompensación de los mecanismos compensatorios
= Shock

3.— Determinación del estado circulatorio:

A) Evaluación clínica

B) Control de PVC, PA, TA, llenado capilar (CC) y diuresis.

C) Hematología completa

D) Pérdidas sanguíneas:

a) PVC determinada en 2 períodos consecutivos (cada $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{2}$ hr) y si se encuentra estabilizada o está normal mientras se transfunde, se calcula que la pérdida sanguínea es igual a la cantidad de sangre transfundida en dicho lapso.

< 600 cc/hr = pequeños vasos

> 600 cc/hr = arterial = masivo.

b) Inclinación corporal, 75 grados por 3 minutos:
cambios en el pulso arterial:

Aceleración < 25 p/m = pérdida discreta

Aceleración > 30 p/m = requiere transfusiones

c) Transfusiones sanguíneas de 500 cc. cada 20-30 minutos hasta llegar a 3000 cc indicarian buena o mala respuesta.

III.- DETERMINACION DEL SITIO DE LA HEMORRAGIA

1) Clínico: Historia anterior - Examen físico.

Hematemesis = por encima del yeyuno

Melena solamente: Esófago → Colon derecho

2) Procedimientos diagnósticos:

A) HDS

a) Intubación gástrica

b) Esofagogastroscoopia precoz

c) Radiografía de Esófago, Estomago y Duodeno.

d) Tubo de Sengstaken-Blakemore

e) Arteriografía selectiva

f) Prueba del cordel - Fluoresceína

g) Diagnosto-tubo

h) Cromio radio activo? Contador Geiger miniatura?.

B).— HDI:

- a) Rectosigmoidoscopia - Colonoscopia
- b) Radiografía de tránsito Intestinal
- c) Colon por enema
- d) Arteriografía Selectiva
- e) Prueba del Cordel - Fluoresceína

IV.- CONDUCTA

1).— CONSERVADORA:

A) Control periódico de PVC, PA, TA, llenado capilar (CC) y fluidos (ingesta, transfusiones y soluciones, excretas, vomitos, etc.)

B) Transfusiones:

Sangre completa = PVC ↓
Concentrado globular = PVC normal

C) Lavado gástrico helado con tubo de Levin a través Sengstaken

D) Determinar:

- a) Hb y Hto cada 6 horas x 24 horas y luego según evolución
- b) Tiempo de Protrombina, Fibrinógeno
- c) Urea - Creatinina
- d) Electrolitos
- e) GB (Dx. hiperesplenismo)

BSF (Dx. hepatopatía)

Úlcera gastroduodenal - Gastritis hemorrágica

A) Régimen de protección gastroduodenal (líquida y blanda si no hay náuseas o vómitos)

B) Alcalinos cada hora.

Coagulantes tópicos: Gelfoam - Thrombina ?

C) Evitar Anticolinérgicos en la fase aguda

D) Sedación:

Barbitúricos

Meperidina

E) Estrógenos - parenteral (?)

(F) Hipotermia gástrica ?.

Mortalidad global del tratamiento conservador: $\pm 10\%$ (factor edad ? transfusiones adecuadas ?, problemas cardiorespiratorios, IRA, etc.).

Varices Esofagogástricas:

- A) Tubo hemostático de Sengstaken - Blakemore
- B) Pitressin: 20 U en 100 cc de solución glucosada a 5% en 10 minutos.
- C) Evitar precoma: Antibióticos por tubo gástrico, laxantes, enemas, etc.

2)— QUIRURGICA:

- A) Imposibilidad de mantener el estado circulatorio dentro de límites normales después de las transfusiones iniciales.
PVC, TA, PA, llenado capilar (CC)
- B) Después de controlada la hemorragia inicial, si vuelve a tener nuevo sangramiento durante la hospitalización
- C) Criterio quirúrgico vs. riesgos
 - a) Edad
 - b) Imbalance electrolítico: Alcalosis, $K \uparrow$?, etc.
 - c) I. Coronaria
 - d) I. Renal Aguda
 - e) I. Hepática

B I B L I O G R A F I A :

- 1— Bogoch A: Hematemesis and Melena. Cap. 23. p. 614. Bockus Gastroenterology. Saunders Co. Philadelphia & London, 1963.
- 2— Andersen D. and Klebe J. G: Measurement of Central venous pressure. Its use in the Transfusion Treatment of patients with gastroduodenal hemohage. Scand. J. Gastroent. 3: 113, 1968.
- 3— Lilly J. O.: Locating the source of gastrointestinal bleeding. Postgraduate Med. 44: 113, 1968.
- 4— Baum, S., Stein G. N. Nusbaum M., and Chait, A.: Selective arteriography in the diagnosis of hemorrhage in the gastrointestinal tract. Radiol. Clin. N. Amer. 7: 131, 1968.
- 5— Valencia Parparcén J., Casalta V., Romer H., Moncada P., Rubio V. N. Correa J.: Hemorragias digestivas altas: analisis de 500 casos. Controversias en Gastroenterología. Grafos Impresores Asociados. C. A. Caracas, Venezuela, p. 189, 1967.