

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Salvador Allende.

Título: SANGRADO DIGESTIVO EN EL ANCIANO.

Jose Miguel Gonzalez Bárcenas* <https://orcid.org/0000-00031-4316-4314>

Juana Teresa Santiago Pérez** <https://orcid.org/0000-0002-6692-1238>

*Master en Ciencias. Especialista de 1er grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital /Facultad "Salvador Allende".

**DraC. Especialista de 2do grado en Cirugía General. Profesora Titular. Hospital/Facultad "Salvador Allende".

La Habana

2021

*Autor para la correspondencia. Email: teresasp@infomed.sld.cu

RESUMEN

El Sangrado Digestivo, es una emergencia médica, que en los pacientes ancianos se acentúa ,debido a la edad y a las comorbilidades que se arrastran con el decursar de los años.

En la presente revisión ,se pone de manifiesto, la importancia del conocimiento de esta enfermedad, por parte del personal médico que labora en la atención primaria, debiendo tener en cuenta, los factores de riesgo, la prevención de los mismos, y el diagnóstico precoz, además de conocer las novedosas alternativas terapéuticas que existen en el mundo, y las que existen en Cuba, lo cual conlleva a una atención más personalizada y de mayor calidad ofertada por el Sistema Nacional de Salud.

Palabras claves: sangrado digestivo, Paciente Anciano.

Introducción

Se llama sangrado digestivo a la extravasación de sangre en el aparato digestivo desde el esfínter esofágico superior hasta el ano. Se manifiesta en forma de hematemesis, melena o enterorragia según la localización, la cantidad de la pérdida y la rapidez con que se produzca la hemorragia.

El sangrado en su forma más leve se expresa clínicamente como una anemia ferropénica debido a la hemorragia oculta en las heces fecales.^(1,10)

Hematemesis: Es la expulsión de sangre mediante el vómito, que puede ser en forma de sangre roja o de color negro como borra de café. El color depende de la concentración del ácido clorhídrico en el estómago y de la duración de su contacto con la sangre, con la formación de hematina.

Si el vómito tiene lugar poco después del comienzo del sangrado, aparece rojo y luego su apariencia puede ser rojo oscuro, carmelita o negro.

Los coágulos de sangre precipitada y degradada por el ácido producen la aparición de “**borra de café**”.

La hematemesis de manera inusual indica sangrado desde un punto proximal al ligamento de Treitz (ángulo duodeno yeyunal), porque el que se origina por debajo del duodeno, raramente penetra en el estómago. Debe diferenciarse de otras hemorragias que se exteriorizan por la boca como son las hemoptisis y las epistaxis posteriores, en que al deglutir, la sangre se expulsa en forma de vómitos.^(5,7)

Esta definición, puede parecer arbitraria desde el punto de vista anatómico, pero clínicamente, es mejor separar el sangrado digestivo alto del bajo, para tener una orientación terapéutica más adecuada^(2,3)

Melena : Es la emisión de sangre por el ano, lo que da a las heces un color oscuro y consistencia pastosa. Las heces adquieren esta característica cuando la pérdida es superior a 60 ml y ha permanecido en el intestino mas de 8 horas. El color oscuro de la melena resulta del contacto de la sangre con le ácido clorhídrico y la producción de hematina que presenta un olor característico y debe diferenciarse de las heces de color negro o gris oscuro que ocurre después de la ingestión de hierro, bismuto, alimentos con tinta de calamar o remolacha,

etc. Cuando el sangramiento es suficiente para presentar hematemesis, de forma usual existe melena, pero menos del 50% de los pacientes con melena tiene hematemesis.

La melena indica que el sangrado es del esófago, estomago o duodeno, pero las lesiones del yeyuno, ileon y del área del colon ascendente pueden también expresarse con melena si el tiempo del tránsito intestinal es prolongado.^(1,2)

Enterorragia: Es la expulsión de sangre roja por el recto, originada en la parte distal del intestino delgado o en el colon. Sin embargo, un sangrado proximal puede originar enterorragia a consecuencia de un tránsito acelerado. En el caso particular del paciente anciano, la etiología de la perdida sanguínea, se asocia a la polifarmacia, ingestión de AINES, siendo menos frecuentes las neoplásicas y las lesiones vasculares, esofágicas, gástricas y duodenales en el caso del sangrado digestivo alto^(4,5,6).

Todo sangrado digestivo, aun si se detecta por pruebas positivas de sangre oculta, indica de forma potencial una seria enfermedad y debe ser absolutamente investigado.^(2,3)

Frecuencia

En los EU el sangrado digestivo alto es motivo de ingreso en 100 por cada 100 000 habitantes y la mortalidad por esta causa oscila entre un 5 y un 10%.⁽¹⁾ Su incidencia aumenta con la edad y la proporción en cuanto al sexo masculino con respecto al femenino de 2:1 y está muy relacionado con la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos, como ya mencionamos. Se señala que en el caso de las ulceras gástricas el uso de AINES duplica el riesgo de sangrado y en el caso de las ulceras duodenales la frecuencia entre los fumadores es de un 75%⁶. En Cuba 35-45% de los casos son pacientes mayores de 60 años, los que son hospitalizados por esta causa y la mortalidad asciende entre el 8 y el 13%^(1,7,8)

La hemorragia digestiva baja representa el 20% del total de casos con sangrado digestivo.^(12,13)

Clasificación

Se clasifica en **alto** si su origen es proximal al ángulo de Treitz y **bajo** si es distal a este. Esto se debe a que raras veces la causa del sangrado está en el yeyuno o el ileon, o sea en la parte del tubo digestivo que puede considerarse como media.

En el momento actual existe la tendencia a clasificar las hemorragias digestivas en secundaria a hipertensión portal o no, la primera que es producida por ruptura de varices esofágicas y las otras relacionadas con cualquier tipo de lesión. (1,2,8-10)

Etiología

En el paciente geriátrico se producen alteraciones del tubo digestivo producto del proceso fisiológico del envejecimiento entre las que se encuentran la atrofia de la mucosa gastroduodenal con la consiguiente disminución de la secreción de pepsina y de la absorción. En el colon hay cambios de la mucosa pero no alteran la absorción, sin embargo existen alteraciones de la pared con

En el caso del **Sangrado Digestivo Alto** el 90% es ocasionado por:

- ◆ Ulcera péptica duodenal
- ◆ Gastritis erosiva hemorrágica
- ◆ Ruptura de várices esófago gástricas
- ◆ Síndrome de Mallory Weiss
- ◆ Malformaciones arterio venosas
- ◆ Otras causas (10% restantes)
- ◆ Tumores
- ◆ Lesión esofágica
- ◆ Hemobilia
- ◆ Otras: discrasias sanguíneas, vasculitis,

En el **Sangrado Digestivo Bajo** el orden de frecuencia de las lesiones varia de acuerdo con la edad.

En los menores de 55 años las causas más frecuentes son las hemorroides, fisuras, colitis, lesiones inflamatorias, divertículos, pólipos, cáncer, angiodisplasias y otras.

En los mayores de 55 años y sobretodo en los ancianos las principales causas son::

- ◆ Enfermedades ano rectales(fisuras, hemorroides)
- ◆ Diverticulosis
- ◆ Angiodisplasias
- ◆ Pólipos, cáncer
- ◆ Enterocolitis(isquémicas, infecciosas, por radio)
- ◆ Otras: discrasias sanguíneas. (1-3,7-11)

Cuadro Clínico

El sangramiento digestivo se presenta en forma aguda o crónica pero la primera es la más grave.

En el paciente anciano es preciso realizar una anamnesis detallada ya que brindará los antecedentes de ingestión de AINES, alcohol, aspirina, esteroides, antecedentes de hipertensión arterial controlada con medicamentos como el Nifedipino o similares antagonistas del calcio, cardiopatías o afecciones renales crónicas en fase avanzada (principios de urgencias).

El examen físico minucioso permitirá conocer el estado hemodinámico en que se encuentra el enfermo. Deberá corroborarse la presencia del sangrado a través de:

- ◆ Tacto rectal: presencia de melena o enterorragia.
- ◆ Aspiración del contenido gástrico a través de una sonda nasogástrica para corroborar la presencia de sangre.
- ◆ En algunos pacientes será necesario utilizar la sonda de Sengstaken-Blackemore para hacer el diagnostico diferencial con las varices esofágicas y la misma puede a su vez ser utilizada como tratamiento. (9,10,11)

Exámenes Complementarios

En todo sangrado digestivo deben indicarse:

- ◆ **Exámenes de laboratorio:** El hemograma, el coagulograma, la urea y la creatinina se hacen imprescindibles no solo para determinar el estado del inicial del paciente sino también para seguir el sangrado en fase aguda. La glicemia es obligada en los pacientes diabéticos, el ionograma y la hemogasometría ya que estos enfermos pueden cursar con shock hipovolémico y también tener enfermedades concomitantes mas las alteraciones propias del proceso de envejecimiento.

◆

- ◆ **Endoscopias:**

La esofagogastroduodenoscopia deberá realizarse cuando el paciente este hemodinamicamente estable, pero cuando se realiza en las primeras de los pacientes y provee además información pronóstica sobre la posibilidad del resangrado. Facilita además la factibilidad del tratamiento endoscópico, y reduce la necesidad de transfusiones de sangre. (9,11,12,13,14)

Capsula endoscópica: tiene un rendimiento diagnostico como técnica alternativa, en el sangrado digestivo de causa no precisada .en el sangrado digestivo agudo, está indicada cuando la endoscopia y la colonoscopia, fracasan^(15,16)

Esteroscopia: Se realiza cuando se haya descartado el origen gastroduodenal, por endoscopia superior y del colon, por colonoscopia. Es una técnica delicada, que requiere sedación del paciente, permitiendo visualizar el intestino delgado ,más allá del ángulo de Treitz, en caso de hallar lesión sangrante, se realiza tratamiento endoscópico⁽¹⁵⁾

La Colonoscopia: Este estudio se realiza en los pacientes con sangrado digestivo bajo pero debe tenerse en cuenta la estabilidad hemodinámica ya que el anciano es un sujeto susceptible a las complicaciones. Por otra parte para realizar este estudio es necesario preparar el colon. Esta investigación permitirá establecer el sitio del sangrado y además realizar algunos procederes terapéuticos como son la cauterización de angiodisplasias, exéresis de pólipos, toma de muestras para biopsia de lesiones sangrantes, entre otras. (8,16,17)

- ◆ **Angiografía:** Es otro complementario a utilizar en el diagnóstico de los sangrados digestivos pues mediante el uso de contraste trans aórtico se puede

identificar el sitio del sangrado. Cuando es a una velocidad de 0,5ml/minuto o sea masivo es de gran utilidad ,no así en los casos en que es de forma intermitente o moderada(principios de urgencia) . No obstante este estudio permite identificar si es proveniente de la mesentérica superior o inferior. (1-3,7-9)

♦ **Gammagrafía:** Este estudio se realiza con isótopos como el tecnecio ⁹⁹ en forma de coloide de sulfuro)y también con hematíes marcados con el mismo isótopo. Sin embargo, se ha comprobado que este último tiene mejores resultados ya que permanece en el torrente circulatorio por espacio de 24-48 horas. Para realizarlo se necesita que el sangrado sea de 0,1-0,4ml/min. Su eficiencia diagnóstica llega a un 50%) (1-3,6-10,13,15,16)

♦ **Estudios contrastados con Bario:** En la actualidad estos estudios quedan reservados para aquellos enfermos en los que no se ha logrado establecer el diagnóstico con los medios auxiliares mencionados anteriormente sobre todo en aquellos en que su estado físico mental dificulta la realización de los estudios endoscópicos. Se señala la necesidad de la estabilidad hemodinámica para la realización de los procedimientos ya mencionados. En los pacientes con sangrado digestivo bajo el enema de bario tiene la ventaja de ser diagnostico y terapéutico en **nuestro medio**, en el caso de el sangrado por divertículos, pero con el advenimiento del **hemospray** va quedando en desuso (1-5,18,19)

Tratamiento

Las hemorragias digestivas a través de la práctica médico quirúrgica siempre han significado una preocupación, por lo difícil y a veces imposible su diagnóstico etiológico desde el punto de vista clínico.

El viejo aforismo “ **sangre por la boca, ni mucha ni poca**” ha sido conocido por todos los médicos a través de la historia. Igualmente ocurre con los sangrados digestivos bajos que resultan una interrogante en algunas ocasiones para el cirujano.

El desarrollo de nuevas tecnologías para el diagnostico y tratamiento de estas afecciones ha logrado mejorar el pronóstico de estos enfermos. Un método novedoso es el uso del hemospray, que es un agente hemostático en polvo,, que al entrar en contacto con la humedad del tejido, se convierte en un adhesivo biológico, que es capaz de potenciar la formación de coágulos y

acortar el tiempo de coagulación⁽¹⁶⁾. En caso de recidiva, se indica una segunda endoscopia y tratamiento endoscópico repetido. Un segundo tratamiento endoscópico es igualmente eficaz que la cirugía, teniendo menos mortalidad, pues reduce las complicaciones inherentes a la misma. Si fracasa este segundo tratamiento endoscópico, se utiliza la **angiografía selectiva** con embolización, que es menos agresiva, si aún no se controla la hemorragia, entonces la cirugía sería la alternativa final^(17,18)

En el paciente con más de 60 años la mortalidad ha disminuido notablemente con el advenimiento de estas nuevas técnicas y nuevo arsenal terapéutico, lo cual ha modificado ostensiblemente, para bien, las conductas anteriores, que en aquellos enfermos en que se demoraba la intervención o resangraban la mortalidad alcanzaba hasta el 15% ^(4,5,15)

La atención primaria deberá dirigir sus esfuerzos a la prevención de los factores de riesgo y al tratamiento de aquellas enfermedades que pueden desencadenar un sangrado digestivo alto o bajo.

El paciente con un sangrado digestivo de cualquier etiología debe ser considerado un enfermo grave y todos los médicos deben conocer los factores clínicos que tienen valor predictivo en relación a la evolución y pronóstico.

Uno de los factores que tiene mayor valor es la edad por encima de 60 años ya que la mortalidad por hemorragias digestivas

altas puede alcanzar hasta cifras tan altas como un 73% en nuestro medio, por no contar con instrumental ni arsenal terapéutico novedoso, como ocurre en los países desarrollados, no obstante, aunque no contemos con esos medios, no quiere decir que no existan y que se haya modificado el pronóstico de estos enfermos.

La presencia de shock hipovolémico, la recidiva de la hemorragia y las enfermedades asociadas incrementan también la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. ^(1,4,5,13,15)

Bibliografía

1. Lim CH,,Vani D,Shah SG.The outcome of suspect upper gastrointestinal bleeding wiht 24 hours access to uppergastrointestinal endoscopy:a prospective cohort study.Endoscopy.2006;38:581-5. .(citado 29 de septiembre 2021)
2. Gerson LB,Fidler JL,Cave DR,Leighton JA.ACG Clinical Guideline:Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding.Am J Ganstroenterol 2017;110(9):1265-87.(citado 29 de septiembre 2021)
3. Otero Figueredo M: Sangrado digestive Alto.Factores de riesgo asociados.Hosp.CM Cespedes.Enero2017 a enero 2018.Multimed,Rev. Medica Granma 2020;24(1).Version on line.(citado 29 de septiembre 2021)
4. Lonstreth GF.Epidemilogy of hospitalización for acute upper gastrointestinal hemorrhage:a population-based study.Am J Gastroenterol(revista en internet.1995(citado 29 de septiembre 2021),90(2):206-10.disponible en [https// www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed 7847286](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7847286).
5. Czemichow P, Hochain P,Nousbaum JB,Raymond JM,rudelli A,Dupas JL,et al.Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four French geographical areas.Eur J Gastroenterolog Hepatol(revista internet)2000(citado 1 octubre 2021): 12(2): 175-81.Disponible en [http:// europepmc.org abstract med 10741931](http:// europepmc.org/abstract/med/10741931).
6. Ricardo Pérez .Incidencias de la hemorragia digestive alta en el adulto mayor .Banes 2014-2017.Rev. 16 de Abril.2018;57(269):151-156(citado 1octubre 2021.

7. Colomo Ordoñez A .Hemorragia Digestiva alta:prevencion y tratamiento.(Tesis).Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona;2016./(citado 1-10-21).disponible en :[https:// ddd.uab.cat/ pub tesis 2017/ hdt 10803 400754/ aco1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2017/hdt_10803_400754/aco1de1.pdf).
8. Solorzano Pachay DC.Factores de riesgo diagnostic y complicqaciones de hemorragia digestive alta no variceal en pacientes mayors de 40 años en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Ponton en el año 2015(Tesis).Ecuador:Universidad de Guayaquil,2015(citado 1-10-21) Disponible en :[http// repositorio.ug.edu.ec/ bitsteam/ redug/ 18942/ 1 Tesis%20DSP%20OHDA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18942/1/Tesis%20DSP%20OHDA.pdf).
9. Salena BJ.y Hunt RH.The somach and duodenum.Chapter 6.First principal of Gastroenterology [http // gastroresourse com GI.test book](http://gastroresourse.com/GI.test%20book) 2017.(citado 4-10-21)
- 10.Roca Goderich R:Temas de medicina Interna.Tomo II Capitulo 33 [http// www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu) bvs libros.Revisado 4-10-21.
- 11.Martin de Argila C,Buixeda D:Úlcera Peptica en Tratamiento de las enfermedades Gastroenterologicas.Seccion II Capitulo 12 [http// wwwaegastro.es/ index/ libro](http://www.aegastro.es/index/libro).Asociacion Española de Gastroenterologia.2001.revision 4-10-21.
- 12.Beers MH,Berkow R.:Surgery.Capiutulo112 in Manual Meck Geriatrics.Merck Sharp and Dohme.2000.(citado 4-10-21)
- 13.Devlin SN.Medding J:Duodenal Ulcer.En Gstroenterology.medicine 2002 [http// wwwemedicine.com med topic591](http://www.emedicine.com/med/topic591.htm)(citado 6-10-21)

14. Gil J Diaz R.Coma MJ Gil D.:Principios de Urgencia.Emergencias y Cuidados Criticos.Capitulo 3.2.Hemorragias Digestivas <http://www.United.edu>.(citado 6-10-21)
15. Bermejo F,Gilbert JP.Protocolo Terapeutico de la ulcera gástrica.Servicio de Gastroenterologia.Hosp. Universitario Ramon y Cajal.Hospital Universitario de la Princesa Madrid.2016(Tesis).Disponible en:[http://medboxiiab.me/modules/es-dr/_min/_salud Gastroenterologia 6_SANGRADO%20DIGESTIVO.pdf](http://medboxiiab.me/modules/es-dr/_min/_salud/Gastroenterologia_6_SANGRADO%20DIGESTIVO.pdf).(citado 6-10-21)
16. Jiménez R.Valverde Martínez JG.Unidad de hemorragia digestiva alta:análisis de los resultados en nuestro centro.RAPD ONLINE:2018Ene-Feb41(1):8-13.Disponible en [https// www.sapd.es](https://www.sapd.es) revista 2018/ 41/ 1 01.(citado 6-10-21)
17. Guzman,Guzman JD.Tratamiento del Sangrado digestivo alto.Quito.Unidad Tecnica de Gastroenterologia.Cambios Rev. Med 2018:17(2)95-104(citado 9-10-21)
18. Loren L,Jensen DM.Manegement of patient with Ulcer Bleeding 2012ACG(AmJGastroenterol(Internet)2012.Mar(cited 9-10-21),107(3):345-160.DOI:10.1018/ ajg.2011.480.Available from [https // www.ncbi.nlm.nih.gov pubmed 22310222](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22310222).
19. Lanas Calvet X.Feu F,PonceJ,Gilbert JP,Barkun A.Primer consenso español sobre el manejo de la hemorragia digestiva por ulcera peptic,Med Clin.(Barc).2010 Nov.135(13):608-16. DOI: 10.1016.medeli.2010.07.002.Available from:[http // www.dep4.sang.gva.es](http://www.dep4.sang.gva.es) contenidos/ org/ archivos/ guías/ 2010 consenso%20HDA%20ulcera%20peptica%20(CIBER Rehd%202010).(citado 9-10-21)

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Contribución de los autores

José Miguel González Bárcenas ,como autor principal, originó la idea del tema sobre Sangrado Digestivo en el anciano, además de búsqueda de bibliografía actualizada.

Juana Teresa Santiago Pérez ,participo en la redacción, corrección y diseño del trabajo.

Yo, José Miguel González Bárcenas en nombre de la coautora ,declaro la veracidad del contenido del artículo: Sangrado Digestivo en el anciano.