

Manejo Endoscópico de la hemorragia digestiva

Dr. Claudio Navarrete García

*Jefe Unidad de Cirugía
Endoscópica
Universidad de Chile*

La endoscopia tiene un papel muy importante en el manejo del sangramiento del tubo digestivo. Respecto a la reposición de la sangre «la mejor alternativa es, ojalá, no tener que usarla». Indudablemente si en el tubo digestivo tenemos sangramiento arterial, no se logra mucho con reponer sangre. El paciente seguirá sangrando y va a llegar a la cirugía en muy malas condiciones. Lo lógico en estos pacientes es hacer una endoscopia de inmediato para detener la hemorragia en vez de politransfundirlo.

¿Cuál es el objetivo de hacer endoscopia en pacientes con hemorragias digestivas? ¿Qué pretende el endoscopista?

1º Certificar el diagnóstico, es decir, el paciente, ¿realmente está sangrando de una hemorragia digestiva?, ¿es del tubo digestivo? y ¿es una hemorragia digestiva lo que estamos enfrentando?

2º Identificar de dónde está sangrando, ¿está sangrando del esófago?, ¿del estómago?, ¿qué tercio del estómago? o, ¿está sangrando del duodeno?. Si el paciente va a llegar al acto quirúrgico, esa información es muy importante. Para el cirujano es fundamental saber la ubicación anatómica de la hemorragia. Hoy en día no es posible que se abra el abdomen del paciente, abramos el estómago y nos demos cuenta que tiene varices esofágicas (vamos a colocar un balón de Sengstaken). Por otra parte, si este paciente tiene cirrosis hepática, probablemente está sangrando de varices esofágicas, colocamos un balón de Sengstaken, sin embargo de lo que en realidad estaba sangrando es de una úlcera gástrica o duodenal. Para no incurrir en estos errores es muy importante identificar el lugar de sangramiento.

3º Clasificar el sangramiento si se observa de dónde está sangrando y se conoce cómo está sangrando, esto nos da un índice pronóstico del sangrado y se podrá llegar a saber qué va pasar con ese sangrado. Obviamente también se puede llegar a detener el sangrado y es así como actualmente por vía endoscópica se puede detener más del 90% de las hemorragias digestivas, lo que es extraordinario.

4º Indicación de la cirugía, en un lugar donde se dispone de un endoscopio, ya no es válido lo que se nos enseñó en la Escuela de Medicina, que el paciente tiene que ir a cirugía si se han transfundido tantas unidades de sangre, si el hematocrito bajó en tanto, etc. Actualmente eso no es así. La indicación de la cirugía la debe dar principalmente la visión que tiene el endoscopista sobre lo qué está pasando con el paciente, al tener un vaso sangrante a chorro. Si endoscópicamente se trata de detener el sangramiento y no se logra que ese paciente deje de sangrar, éste va a seguir sangrando, va a politransfundirse y va a llegar a la cirugía en pésimas condiciones, con problemas de coagulación, etc. Por lo tanto, ante esta situación, lo que el endoscopista debe proponer es la cirugía precoz.

¿Cuáles son los hallazgos endoscópicos y los riesgos de continuar sangrando? ¿Cuándo se tiene que actuar endoscópicamente o qué se puede hacer? Si se introduce el endoscopio y se ve que existe una úlcera con una arteria pulsátil y no se hace nada, en el 85 % de las veces ese paciente con tratamiento médico va a seguir sangrando, terminará politransfundándose y en cirugía, con un alto riesgo y con una alta mortalidad. Por lo tanto ese sangramiento tiene que tratar de detenerse endoscópicamente. La acción de muchos endoscopistas cuando ven un vaso visible que no está sangrando o una úlcera con un vaso que no está sangrando es: ¡si no está sangrando, no lo toquemos! Esta postura no es correcta y hay que cambiarla. Lo que hay que hacer en estos casos es tratar ese vaso, ya que la posibilidad de que vuelva

a sangrar es de más o menos la mitad (50%), hay que ocluirlo definitivamente. Si se hace la endoscopia a las cuatro de la tarde y no está sangrando y no se hace nada, la mitad de esos pacientes se van a poner a sangrar a las 3 de la mañana y a esa hora ya no va a estar el endoscopista, y va a ser un verdadero problema, debido a esto es hay que enfrentarlo. Cuando hay una lesión con un coágulo fresco, el 41% de esos enfermos vuelve a sangrar; la indicación en estos pacientes de no tocar es incorrecta, al revés, hay que lavar, remover el coágulo, ver qué hay debajo. Si continúa sangrando cuando se saca el coágulo hay que tratar el sangramiento con una hemostasia más definitiva. Si se ve una mancha negra o roja central, esos pacientes prácticamente no vuelven a sangrar y no se debe hacer nada. Si la úlcera está limpia o con una base clara tampoco se debe tocar, siendo el riesgo de resangramiento prácticamente cero.

Hay varios trabajos que se han hecho estudiando endoscópicamente para ver qué pasa con el riesgo de sangrado y los resultados son prácticamente los mismos, de modo que eso está aceptado ampliamente.

Cuando se hace una endoscopia se puede dividir a estos pacientes en tres grupos: de bajo, moderado y de alto riesgo. En los de bajo riesgo se tiene la úlcera limpia, menor de dos centímetros, una ligera dislaceración de la mucosa gastroesofágica sin sangrado actual, etc. Como es de poco riesgo, el médico puede quedarse bastante tranquilo. Al extremo contrario están los de alto riesgo, como lo es una úlcera con sangrado activo pulsátil, que es de alto riesgo. Una úlcera con un vaso visible, sangramiento de varices esofágicas o del fondo gástrico o cualquier lesión sangrante que no se logre controlar con una endoscopia también es de alto riesgo. Hay otros que están en etapa intermedia. Cuando se tiene el pronóstico desde el punto de vista endoscópico, es más fácil decidir qué se va a hacer.

También hay factores de riesgo clínico y son muy simples. Son muy fáciles de diagnosticar, y no necesitamos de gran tecnología para poder dar el diagnóstico a estos pacientes de alto riesgo. Estos pacientes se deben referir a un centro donde se disponga de una mayor tecnología.

Se puede ver, por ejemplo, la forma de sangrado si el paciente llegó de urgencia. En todo servicio de urgencia se cuenta con un guante para hacer un tacto rectal y una sonda para llegar hasta el estómago. Si se está frente a una melena y la aspiración da líquido claro, la mortalidad de este paciente es baja, de alrededor de un 5%. Esto quiere decir que ya se detuvo la hemorragia, hay melena pero no hay sangre fresca. Si hay melena y además hay sangre fresca, quiere decir que el paciente ya lleva sangrando algún tiempo, algunas horas al menos, porque hay melena y además el sangramiento, o paró y volvió a sangrar y no se ha detenido. Si hay sangre aún en el estómago, la mortalidad de esos paciente es de alrededor del 12%. De modo que, con elementos muy simples podemos clasificar a estos pacientes según riesgo y transferirlos a un lugar donde se le puede hacer una endoscopia de inmediato, ver qué está pasando y detener el sangramiento.

Una de las cosas importantes son el hematocrito inicial: cuando éste es menor de 30%, aumentan las posibilidades de morir de 10 a 19% debido al riesgo de hemorragia. También, si el hematocrito es menor del 30% puede repetirse el sangrado o aumenta de 10 a 23%. Si los parámetros de coagulación están alterados, obviamente el riesgo de resangrado y el riesgo de mortalidad es mayor y la necesidad de transfusión también. Si se transfunden más de 4 unidades de glóbulos rojos en 24 horas, ese paciente tiene mayor riesgo de mortalidad y se debe por lo tanto estudiar rápidamente para ver qué está pasando. También hay que considerar las enfermedades asociadas. Si el paciente con hemorragia digestiva tiene además problemas al

miocardio, insuficiencia cardíaca, renal, respiratoria, una neoplasia asociada, etc., aumenta su mortalidad. Se sabe que con cero enfermedad concomitante, el riesgo es de alrededor del 3%, con dos enfermedades concomitantes aumenta al 10%, con cuatro enfermedades concomitantes 27% y con seis enfermedades concomitantes, es difícil que pueda sobrevivir y si está sangrando con mayor razón. De modo que hay factores de riesgo clínico asociado, la edad, dos o más patologías asociadas, necesidad de transfusiones, presencia de hemorragia recurrente, etc.

Entonces, se tienen los hallazgos endoscópicos y los parámetros clínicos. Los parámetros clínicos también pueden clasificarse en tres grupos:

- a. Los de bajo riesgo, edad, los de necesidad de transfusión, enfermedad asociada, etc.;
- b. Los de mediano riesgo; y
- c. Los de alto riesgo, cuando los parámetros clínicos están más alterados, por ejemplo, cardiopatía grave.

Uniendo estas dos cosas podemos ver qué hacer, cómo manejar y dónde tratar al paciente; podemos hacer una tabla donde tenemos el riesgo endoscópico bajo, mediano y alto y el riesgo clínico bajo, mediano y alto. Un paciente que sangró y que tiene hemorragia digestiva con riesgo endoscópico bajo y un riesgo clínico bajo probablemente después de la endoscopia se puede ir a su casa. En cambio si tenemos un paciente con riesgo endoscópico alto y un cuadro clínico de riesgo alto, obviamente tendrá que ingresar en la UCI o Unidad de tratamiento de cuidados especiales, o una unidad de pacientes sangrantes, cuando éstas existan, y manejarlos en esas condiciones. Estas son cosas simples que se pueden hacer, que pueden ayudar mucho para disminuir la morbi-mortalidad de dichos pacientes.

Estudios acerca del costo-efectividad respecto a cuánto se tiene que gastar, para salvar un paciente, a los médicos en realidad no nos importa mucho. Esto se debe entender como cuán útil es una técnica com-

parada con otra, para resolver un problema del paciente. En el caso de una hemorragia digestiva, si las dos tienen la misma utilidad, indudablemente se tiene que aplicar la que tenga menos costo. Por ejemplo, en un paciente con varices esofágicas, con daño hepático crónico tratado con endoscopia, se sabe cuánto se gastó en dicho paciente dos años antes, cuánto se gastó dos años después de hecho el tratamiento endoscópico, sin tratamiento endoscópico y post tratamiento endoscópico. El costo en hospitalización es de US\$10.000 en los dos años previos y en los dos años siguientes es de US\$3.000. El costo por transfusión fue de US\$2.000 en los dos años antes y 800 dólares en los dos años siguientes al manejo endoscópico. Sin duda un ahorro en transfusión, energía y costo. Tomando en cuenta que hay un cierto sesgo en algunos estudios, porque los pacientes que tenían varices esofágicas por daño hepático crónico, indudablemente fueron pacientes en peores condiciones.

Con respecto al tratamiento, cuando hay un vaso visible, con tratamiento médico, resangra un 81% y con un tratamiento endoscópico resangra un 7%. Hay ahorro importante de sangre, de costo, días de hospitalización (16 días de promedio v/s 8 días de promedio) US\$2.000 de ahorro cuando se hace con tratamiento endoscópico.

En la hemorragia digestiva alta, aplicando tratamiento médico que termina siendo quirúrgico en muchos casos o con tratamiento endoscópico inicial se ve lo mismo. La hemostasia primaria con tratamiento médico es muy baja, del orden del 10% y terminan casi todas en cirugías. Si se comparan estas cifras, tomando en cuenta todo el gasto, el total del tratamiento médico que termina en cirugía es de US\$20.000 más o menos por paciente, versus el tratamiento endoscópico que es de US\$13.000. Todo esto tomando en cuenta la técnica propiamente tal y todo lo que le rodea, exámenes de laboratorio, antibióticos, etc.

Al resumir el costo-efectividad en la hemorragia digestiva con úlcera sangrante, tenemos que lo que tiene más alto rendimiento, o sea menos costo y mejores resultados, desde el punto de vista de tratar el problema, lejos es la endoscopia, porque el costo es bajo y el resultado es muy alto. Lo que tiene mal rendimiento es cuando se hace el diagnóstico solamente por endoscopia, pero el paciente no tiene la posibilidad de ser tratado y queda con tratamiento médico que al final termina con cirugía, con el costo directo e indirecto que llega a ser alto, siendo el costo efectividad muy bajo.

Un trabajo que incluyó a varios centros, se hizo en nuestra unidad y que involucra a otros centros como la Asistencia Pública, con un total de 214 enfermos tratados por hemorragia digestiva activa. Se logró hemostasia definitiva en el 94% de los pacientes, o sea en 201. No se logró hemostasia en 4. Con endoscopia se vió que estaban sangrando activamente, se trató de detener la hemorragia, no se logró, y el paciente fue precozmente a cirugía. Se operaron a los 4 pacientes y fallecieron 2. Esta técnica obviamente tuvo complicaciones como la perforación duodenal o la perforación gástrica. Hubo dos perforaciones duodenales, las dos fueron a cirugía y uno falleció, que era el mismo que había sangrado. Hubo una perforación gástrica que fue a cirugía y evolucionó bien. Así queda claro que en realidad la inmensa mayoría de los pacientes que sangran de una hemorragia digestiva, si uno cuenta con los medios para tratar a esos pacientes, se pueden controlar por vía endoscópica. Se reduce el gasto de sangre y de dinero.

Las ventajas del tratamiento endoscópico son detener el sangramiento en alrededor del 90% de los pacientes, y es aplicable a todos los pacientes. No se distinguen entre A, B o C de Child, o si tiene ascitis o no tiene ascitis, los que son problemas para la cirugía. Todos los pacientes se pueden tratar con endoscopia, la cual es una técnica poco compleja y

no se necesitan grandes tecnologías, estas tecnologías están a nuestro alcance.

Por último, habitualmente el paciente está en una unidad de tratamiento intensivo, a veces está intubado, etc. El endoscopista con su endoscopio, una fuente de luz portátil, y unas agujas de esclerosis en el bolsillo, puede trasladarse a la unidad donde está el paciente y solucionar el problema en el mismo lugar.