

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Atención Integral en pacientes con
**SANGRADO DE TUBO
DIGESTIVO BAJO**
En los tres niveles de atención.

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-306-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



CIE- 10: K55 Trastornos vasculares de los intestinos
GPC: Atención Integral en Pacientes con Sangrado de Tubo Digestivo Bajo en los Tres Niveles de Atención

DEFINICIÓN

El sangrado de tubo digestivo bajo, también conocido como hemorragia digestiva baja se define como todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir, entre el intestino delgado y el ano, resultando en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea. Generalmente está ocasionada por malformaciones vasculares, divertículos y neoplasias.

FACTORES DE RIESGO

La edad media de presentación es alrededor de los 65 años, con una tasa de mortalidad entre el 2 y el 4%. Su prevalencia aumenta significativamente desde los 20 y hasta los 80 años, asociado con un aumento paralelo de las causas asociadas como diverticulosis y angiodisplasias.

ETIOLOGÍA

Las principales causas de sangrado de tubo digestivo bajo son:

- Diverticulosis.
- Angiodisplasia.
- Neoplasias.
- Enfermedades perianales.
- Divertículo de Meckel.
- Colitis:
- Infecciosa.
- No infecciosa.
- Otras

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Diverticulosis:

Es una de las causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo (desde el 20 al 55%), aunque solo el 3 al 15% de los casos de diverticulosis presentan sangrado.

La forma más común de sangrado en este padecimiento es la hematoquezia.

Es ocasionada por la erosión de los vasos en el cuello del divertículo. El 75% de los divertículos se localizan en colon izquierdo, sin embargo el sangrado es más común en colon derecho entre el 50 y 90%.

2. Angiodisplasia:

Es considerada como la principal causa de sangrado gradual e intermitente de sangrado de tubo digestivo bajo.

Ocasiona entre el 3 y 12% de los sangrados de tubo digestivo bajo.

Aproximadamente 45% de los pacientes con este padecimiento presentan un sangrado imperceptible, pero constante. Está relacionado con edad avanzada, 2/3 de los pacientes son mayores de 70 años.

Predominantemente se presenta en colon derecho, aunque afecta el tracto gastrointestinal de manera difusa, su tamaño varía entre 2 y 10 mm. El sangrado es intermitente y recurrente en el 80% de los casos.

3. Neoplasias:

Los tumores de colon, ya sean malignos o benignos pueden estar asociados a padecimientos como la diverticulosis, en raras ocasiones los tumores causan sangrados por sí mismos, cuando llega a ocurrir es intermitente u oculto.

4. Enfermedades Perianales:

En este grupo se encuentran:

- a) hemorroides
- b) fístulas perianales.

Cuando las hemorroides sangran por lo general no producen dolor. Se presentan como uno o varios nódulos que suelen ser asintomáticos, aunque pueden causar prurito, que puede ser intenso si se trombosan. En ciertos casos de hemorroides externas trombosadas, el coágulo de sangre puede eliminarse de forma espontánea a través de una ulceración cutánea, pudiendo provocar un sangrado.

La fisura anal, es una lesión en el canal anal, la causa más frecuente es un traumatismo que generalmente ocurre durante la defecación, con mayor frecuencia se origina en el rafe posterior, debido a que el espacio subendotelial y el esfínter anal están poco vascularizados. Sus principales manifestaciones son dolor, comezón y rectorragia

5. Divertículo de Meckel:

Es un padecimiento congénito, por lo general es hallazgo en autopsias. Se localiza con mayor frecuencia en el intestino delgado. Es más frecuente que ocasione sangrados en niños que en adultos. Puede ocasionar un cuadro clínico muy variado, incluso en algunas ocasiones puede llegar a confundirse con apendicitis, puede ocasionar también obstrucción, inflamación abdominal y hasta peritonitis.

6. Colitis:

La colitis infecciosa es ocasionada principalmente por:

- Amibiasis.
- Disentería.
- Tuberculosis.
- Otras: campylobacter, E. coli, Clostridium difficile.

Clínicamente se asocia a dolor abdominal de tipo cólico y diarrea de características sanguinolentas.

DIAGNÓSTICO

Debe realizarse una historia clínica completa incluyendo hábitos intestinales, alimenticios, inicio y evolución del padecimiento.

Exploración Física: se deben evaluar los siguientes parámetros:

- Estado general del paciente.
- Color y temperatura de la piel.
- Abdomen: buscar masas abdominales, descartar la presencia de ascitis, determinar dolor en alguna región específica, tamaño del hígado.
- Exploración anorectal: para determinar la presencia de hemorroides, fístula anal o presencia de masas

Se sugiere solicitar Biometría hemática para determinar el estado hemodinámico del paciente, ya que en algunos casos los pacientes presentan sangrados crónicos que no muestran sangre en heces debido a que son pequeños.

Se sugiere realizar una colonoscopia a todos los pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo. Es el estudio de elección, ya que permite una visión directa, tomar biopsias y en algunos casos llevar a cabo el tratamiento. Se recomienda realizar la colonoscopia en pacientes que se encuentren hemodinámicamente estables, para evitar otras complicaciones

Los **glóbulos rojos marcados con TC99** permanecen en la circulación y se extravasan cuando existe un sangrado activo. Permite detectar velocidades de sangrado mayores a 0.1 ml/min. Es un estudio bien tolerado por los paciente. Su uso es limitado porque no permite identificar la causa del sangrado aunque en la mayoría de las ocasiones permite detectar el sitio exacto de sangrado.

La **Angiografía**, permite localizar hemorragia activa intestinal cuando la velocidad de sangrado es mayor a 0.5ml/min. Posee una sensibilidad de entre 30 y 50% y especificidad de casi el 100%. Como ventaja no requiere preparación colónica previa. Es un método limitado debido a que aquellos pacientes con sangrado activo que no logra ser identificado por colonoscopia, persisten luego del tratamiento endoscópico. Considerado el *gold estándar* en el diagnóstico de las angiodisplasias.

Tomografía: Es uno de los estudios radiológicos con menos limitaciones, permite obtener imágenes de todo el abdomen y la pelvis en segundos. Permite la observación de la vasculatura abdominal en múltiples planos, lo que permite identificar la causa y extensión de algunas alteraciones, es considerado un gran estudio debido a que se realiza de forma rápida, no se considera invasivo, sin embargo dentro de las principales desventajas es que no todos los hospitales tienen un tomógrafo, por lo cual el uso aún es limitado.

Estudio con video-cápsulas:

Permite la identificación del sitio de sangrado entre un 55 y 65% de los pacientes que se someten al estudio. Muy útil en los casos de diverticulosis. La principal contraindicación para este estudio es el uso de marcapasos debido a que las señales que emite la micro-cápsula pueden alterar el funcionamiento de este.

TRATAMIENTO

Evaluar el estado hemodinámico del paciente:

- Preguntar si ha tenido mareos.
- Confusión, somnolencia o pérdida de la conciencia.
- Palidez de la piel.
- Temperatura disminuida.
- Evaluar presión arterial y pulso.
- **Maniobras de reanimación en caso de ser necesarias.**

Terapia antibiótica

Angiografía

Tratamiento quirúrgico: colectomía total o subtotal

CRITERIOS DE REFERENCIA

La referencia de pacientes deberá realizarse cuando en la Unidad Médica en que está siendo atendido no se cuenta con el equipo Médico o de Diagnóstico necesario para su atención, así como en el caso de las complicaciones que pudieran presentarse en cada caso.

Diagrama de Flujo

