

---

# CARTAS AL EDITOR

---

Señor editor:

Luego de una interesante lectura del artículo “Shock hemorrágico como presentación inicial de divertículo de Meckel”,<sup>1</sup> deseo hacer un comentario. La hemorragia digestiva baja (HDB) representa del 14 al 40 % de los episodios de hemorragia digestiva, con una incidencia que de acuerdo a los estudios oscila entre 27,3 y 87 por 100.000 habitantes por año. Clásicamente la HDB se define como el sangrado gastrointestinal que se origina por debajo del ángulo de Treitz. Sin embargo, actualmente existe el concepto de la hemorragia digestiva de origen intermedio, que va desde ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal.<sup>2</sup> Clínicamente significa un reto para los médicos de emergencia en lo que se refiere a su diagnóstico y tratamiento. El manejo inicial de estos pacientes depende de su condición hemodinámica en la admisión. En los que se encuentran estables, la conducta de preferencia es la realización por un profesional capacitado de una colonoscopia luego de la adecuada preparación y en los inestables, las guías británicas sugieren la realización de una angiotomografía con manejo endovascular del vaso sangrante y una colonoscopia diferida para la evaluación directa del área afectada.<sup>1</sup>

En su manuscrito los autores realizan un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente, por lo cual obtienen un adecuado desenlace. Sin embargo, es llamativo que no utilizan una escala de estratificación del riesgo del paciente que pudiera orientar las conductas terapéuticas. La estratificación del riesgo de los pacientes con HDB mediante escalas clínicas permite al médico tratante determinar conductas de manejo basadas en distintos criterios que incluyen el alta médica segura, el manejo endoscópico o quirúrgico de emergencia y el manejo diferido intrahospitalario.<sup>3</sup> Desafortunadamente el estudio y estratificación de la HDB no es tan ampliamente extendido como en la hemorragia digestiva alta, para la que existen múltiples puntuaciones de evaluación validadas epidemiológicamente para determinar el riesgo de mortalidad y el requerimiento de intervención. Entre ellas se destacan las escalas de Blatchford-Glasgow, Rockall preendoscópico, AIMS-65 y CANUKA. Sin embargo, estas estrategias no cuentan con una adecuada validación para su uso en la HDB, por lo que no pueden considerarse óptimas para el análisis de los pacientes.<sup>4</sup>

A través de este manuscrito me permito mencionar las escalas de estratificación actualmente disponibles para los pacientes con HDB que han demostrado una adecuada validación para predecir intervenciones en este tipo de situaciones con fines de uso futuro:

1. NOBLADS score: Es una escala usada para determinar el riesgo de sangrado primario severo, sangrado secundario, duración de la estadía hospitalaria, requerimiento de transfusiones e intervenciones emergentes.<sup>5</sup>
2. Oakland score: Esta escala permite predecir la probabilidad de egreso sin intervenciones, sangrado primario, sangrado secundario, sangrado recurrente, necesidad de transfusión de hemoderivados, requerimiento de intervenciones de emergencia y la posibilidad de readmisión hospitalaria.<sup>4</sup>
3. Sengupta score: Esta puntuación resulta sumamente útil para predecir la mortalidad de los pacientes afectados en los 30 días posteriores a su admisión.<sup>6</sup>
4. Strate score: Mediante esta herramienta pronóstica se puede determinar el riesgo de sangrado severo y de sangrado recurrente.<sup>7</sup>
5. BLEED score: Esta escala permite estimar el riesgo de complicaciones intrahospitalarias y la mortalidad asociada en los pacientes afectados.<sup>8</sup>

Se considera importante el uso de escalas de riesgo en el abordaje integral del paciente con HDB, puesto que estadísticamente han demostrado una optimización en el uso de los recursos, sumada a una disminución de la mortalidad y los desenlaces adversos. Como regla general no existe una superioridad marcada entre estas escalas, por lo que no se recomienda su uso individual, dado que el uso conjunto permite una mejoría significativa en la clasificación de los pacientes y por ende en su atención.<sup>9</sup>

Pablo Salomón Montes-Arcón  
Servicio de Patología, Universidad de Cartagena, Colombia.

---

## REFERENCIAS

1. Haro C, Duffau C, Muniz M, Mansilla S, Sanguinetti M, Viola M. Shock hemorrágico como presentación inicial de divertículo de Meckel. *Rev Argent Coloproct* 2021; 32:103-105.
2. Bellido-Caparó A, Espinoza-Ríos J, Gómez Hinojosa P, Prochazka-Zarate R, Bravo Paredes E, León Rabanal CP, et al. Hemorragia digestiva baja, factores predictores de severidad y mortalidad en un hospital público de Lima. *Rev Gastroenterol Peru* 2019;39:229-38.

3. Oakland K, Kothiwale S, Forehand T, et al. External validation of the Oakland score to assess safe hospital discharge among adult patients with acute lower gastrointestinal bleeding in the US. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e209630.
5. Oakland K. Risk stratification in upper and upper and lower GI bleeding: Which scores should we use? *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2019;42-3:101613.
6. Aoki T, Nagata N, Shimbo T, et al. Development and validation of a risk scoring system for severe acute lower gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:1562-70.
7. Sengupta N, Tapper EB. Derivation and internal validation of a clinical prediction tool for 30-day mortality in lower gastrointestinal bleeding. *Am J Med* 2017;130:601e1-8. Strate LL, Orav EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2003;163:838-43.
8. Kollef MH, O'Brien JD, Zuckerman GR, Shannon W. BLEED: a classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal hemorrhage. *Crit Care Med* 1997;25:1125-32.
9. Tapaskar N, Jones B, Mei S, Sengupta N. Comparison of clinical prediction tools and identification of risk factors for adverse outcomes in acute lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2019;89:1005-1013.e2.

Como comentario adjunto, el caso clínico al que hace referencia la carta al editor se presentó en el Sanatorio donde soy el Jefe del Departamento de Cirugía. Las decisiones de manejo y terapéuticas de éste paciente en particular me fueron consultadas por el cirujano tratante, definiendo dicha conducta debido a que habitualmentxe nos manejamos así en nuestro medio.

Además contamos con las herramientas para proceder de esa manera en nuestro Sanatorio. La evolución clínica del paciente fue muy favorable, sin presentar complicaciones y tuvo una estadía hospitalaria adecuada.

Marcelo Viola Valet  
Clínica Quirúrgica "1" Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.