

Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García»

Behavior of high digestive hemorrhage in the "Calixto García" Hospital

Ricardo Almeida Varela,^I Frank Pérez Suárez,^{II} Javier Orlando Díaz Elías,^{III} Juan Alberto Martínez Hernández^{IV}

^IMáster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Cirugía General. Hospital Universitario «Calixto García». La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Infectología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario «Calixto García». La Habana, Cuba.

^{III}Máster en Infectología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario «Calixto García». La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario «Calixto García». La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Muchos de los ingresos en los cuerpos de guardia se deben a hemorragias digestivas altas, pero con frecuencia no se encuentran datos sobre el comportamiento de éstas en el país. El objetivo de esta investigación fue describir los datos demográficos, etiologías y conductas adoptadas en pacientes con este diagnóstico, y de los fallecimientos ocurridos por esta causa.

MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, ingresados en el servicio de cirugía del Hospital Universitario «Calixto García» entre el 2006 y el 2007.

RESULTADOS. Por esta causa fueron ingresados 551 pacientes, entre los que prevalecieron los hombres, ancianos, con enfermedades crónicas. Al 92 % se le realizó panendoscopia oral. Las causas más frecuentes de hemorragia reciente fueron las gastroduodenitis agudizadas, y las de hemorragia activa en el momento de la endoscopia fueron las úlceras duodenales. Se indicó tratamiento médico en el 89 % de los casos y quirúrgico en el 11 %. Falleció el 6,8 % de los pacientes y las causas principales fueron las úlceras gastroduodenales, las várices gastroesofágicas y las gastroduodenopatías erosivas.

CONCLUSIONES. La hemorragia digestiva alta ocupa un lugar importante entre las causas de ingresos en el Hospital Universitario «Calixto García», en La Habana.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta, panendoscopia oral, endoscopia, fallecidos.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Most of admissions in emergency rooms are due to high digestive hemorrhages, but frequently there are not available data on the behavior of this type of hemorrhage in our country. The objective of present research was to describe the demographic data, etiologies and behaviors followed in patients with this diagnosis and also of the deaths provoked by this cause.

METHODS. A retrospective study was conducted including patients diagnosed with high digestive hemorrhage admitted in surgery service of the "Calixto García" University Hospital between 2006 and 2007.

RESULTS. Due to this cause 551 patients were admitted prevailing old men with chronic diseases. The 92% undergoes oral panendoscopy. The more frequent causes of recent hemorrhage were the worsened gastroduodenitis and those of the active hemorrhage at moment of endoscopy were the duodenal ulcers. Medical treatment was prescribed in the 89% of cases and the surgical one in the 11%. The 6,8% of patients deceased and the leading causes were the gastroduodenal ulcers, the gastroesophageal varices and the erosive gastroduodenopathies.

CONCLUSIONS. The high digestive hemorrhage has an important place among the causes of admission in the "Calixto García" University Hospital of La Habana.

Key words: High digestive hemorrhage, oral panendoscopy, endoscopy, deceased.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad para hacer la evaluación básica de la etiología, el tratamiento y el pronóstico de un paciente con hemorragia digestiva alta es necesario contar con la realización al ingreso de una panendoscopia oral.^{1, 2} Entre las causas más frecuentes que se han encontrado de hemorragia digestiva alta en estudios multicéntricos internacionales y nacionales se encuentran la úlcera péptica, gastritis erosivas, várices esofágicas, esofagitis, tumores del estómago y esófago, traumatismos y el síndrome de Mallory-Weiss.²⁻⁵

La endoscopia puede ser útil para el tratamiento inmediato de lesiones varicosas o no, como es el uso de la escleroterapia, la ligadura de várices o vasos sangrantes, entre otras técnicas. A pesar de usarlas, entre el 10 y el 30 % de los pacientes vuelven a sangrar y entre el 4 y el 14 % de las veces las hemorragias llevan al fallecimiento del paciente.⁶ Este procedimiento completa la evaluación clínica, por ejemplo la escala de Rockall, de Blatchford y la de ChildPugh, y permite hacer un pronóstico de los pacientes con hemorragia digestiva alta, fundamentalmente con relación a la posibilidad de resangrado y de muerte.⁶⁻⁹

Nuevas técnicas basadas en la endoscopia se han ido desarrollando para facilitar y mejorar la efectividad en el diagnóstico de las enfermedades del tracto digestivo, como son las cápsulas endoscópicas que permiten ver lesiones del intestino delgado y del colon, no visibles a veces con los endoscopios disponibles hoy en nuestros hospitales.^{10,11}

Estudios internacionales sobre la epidemiología de las enfermedades que causan hemorragia digestiva se asemejan en cuanto a las variables demográficas y los factores de riesgo,¹⁻⁹ pero aún es poca la literatura nacional que permita comprender mejor el comportamiento de estas entidades en nuestros hospitales y policlínicos.^{12, 13} Por esta razón nos planteamos los objetivos de identificar de forma retrospectiva estas variables y describir el comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el período del 2006 al 2007, en el Hospital Universitario «Calixto García».

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo. El universo estuvo constituido por todos los ingresos realizados en el período de enero del 2006 a diciembre del 2007, tomando los datos reflejados en las historias clínicas del archivo y de los informes del departamento de gastroenterología del Hospital Universitario «Calixto García». La muestra seleccionada incluyó a los pacientes mayores de 15 años de edad, ingresados en el servicio de cirugía general en este período, con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA), siguiendo el protocolo establecido en el hospital (figura 1).

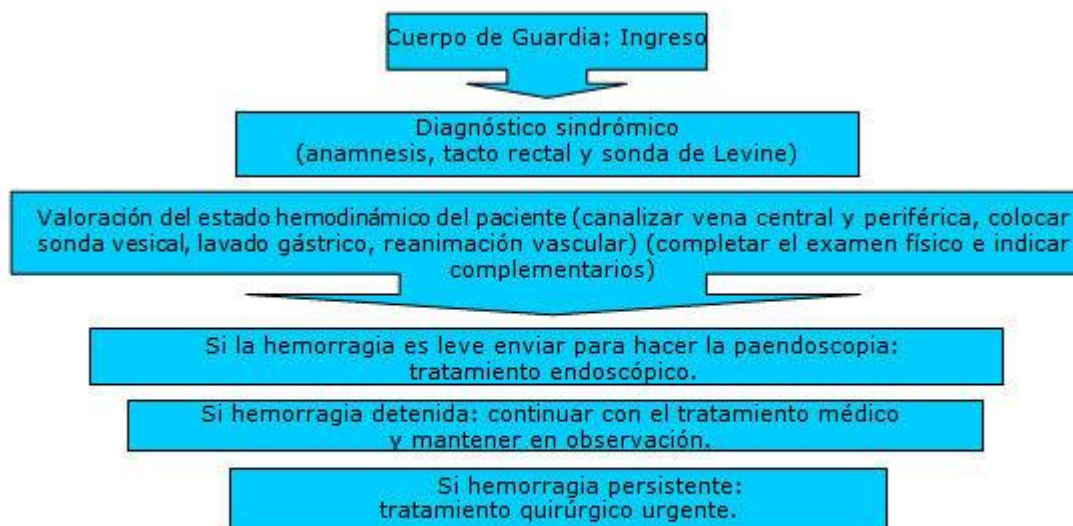


Figura 1. Algoritmo utilizado en el Hospital Universitario «Calixto García» para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta.

Las variables que se buscaron fueron: total de ingresados en el servicio de cirugía con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, motivos de ingreso, edad (grupos etarios), sexo antecedentes patológicos personales, enfermedades digestivas asociadas y causas de las hemorragias digestivas altas encontradas en las endoscopias de urgencia o diagnosticadas clínicamente. Además, se determinaron los tratamientos que fueron indicados a cada paciente (médicos o quirúrgicos).

Utilizando endoscopias orales, las lesiones digestivas que fuesen las causas de la hemorragia se clasificaron en: lesiones con sangrado reciente y con sangrado activo. Además se conoció de otras entidades en el tubo digestivo presentes en el momento de la prueba.

En los pacientes fallecidos por HDA se tomaron datos como: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, signos clínicos de HDA reflejados en las historias clínicas, endoscopias al ingreso o no, tratamientos recibidos (médicos o quirúrgicos), sitios donde ocurrieron los fallecimientos, estancia hospitalaria (menos o más de 72 h) y causas directas y básicas reflejadas en los certificados de defunciones o en las necropsias.

Se creó una base de datos para el análisis estadístico posterior y los resultados fueron reflejados en tablas y gráficos. Con las variables cualitativas se estimaron las distribuciones de frecuencia, y con las cuantitativas, la media y desviación estándar como medidas de tendencia central y dispersión. En el caso de las variables que responden a los objetivos del estudio, se estimaron los intervalos de confianza al 95 %, lo cual permitió contar con un rango esperado de valores posibles para los parámetros estudiados. Se usó para el análisis estadístico el programa EPIDAT 3.0.

RESULTADOS

El total de pacientes ingresados por hemorragia digestiva alta en el período analizado fue de 551; con una media de 23 pacientes cada mes, mínimo de 6 y máximo de 54. Fallecieron en total 38 pacientes (6,8 %).

Los motivos de ingreso fueron: el decaimiento en el 100 % (IC 95 %: 99,3-100,0), melena en el 94 % (IC 95 %: 91,9- 96,1), lipotimias en el 10 % (IC 95 %: 7,4-12,6), desorientación un 10 % (IC 95 %: 7,4-12,6) y hematemesis en el 9 % (IC 95 %: 7-12).

La edad promedio fue de 68 años, con un mínimo de 17 y un máximo de 103 años. En la muestra estudiada predominaron los mayores de 60 años de edad (figura 2). Entre los pacientes fallecidos la edad promedio fue de 54 años.

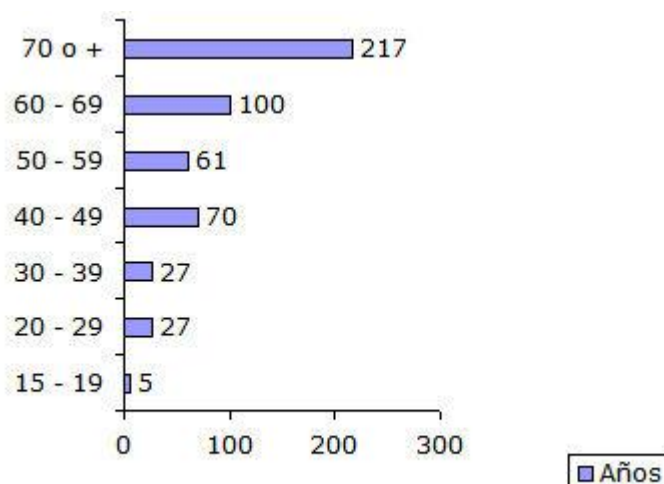


Figura 2. Pacientes ingresados distribuidos en grupos etarios.

Se observó con mayor frecuencia en el sexo masculino (67 %), e igual ocurrió en el grupo de los fallecidos (70 %). Los antecedentes patológicos personales, presentes en el 98 %, se reflejan en la figura 3.

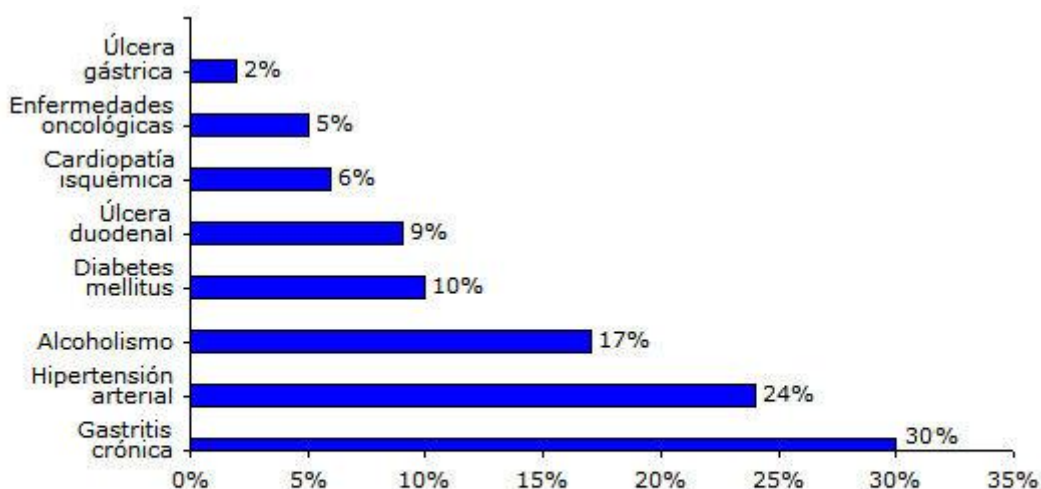


Figura 3. Antecedentes patológicos personales en los pacientes con hemorragia digestiva alta.

Otros antecedentes fueron el tratamiento prolongado con antiinflamatorios esteroideos, no esteroideos y ácido acetilsalicílico en el 15 % de los pacientes. En los pacientes fallecidos predominaron los antecedentes de hepatitis C, B y alcohólica como causa de hipertensión portal (60 %), hipertensión arterial (20 %) y las cardiopatías isquémicas (18 %).

Se pudo realizar endoscopia oral en las primeras 72 h de ingreso a 507 pacientes (92 %; IC 95 %: 89,7-94,4).

Como se puede apreciar en la tabla 1 en las endoscopias se encontraron signos de gastroduodenitis crónicas agudizadas en todos los pacientes. No había otra lesión asociada en 40 individuos (8 %). En tanto, en 467 (92 %) se acompañaban de hernia hiatal con úlcera duodenal (152 pacientes; 30 %) (42 con úlcera cicatrizada); 144 pacientes con hernia hiatal (28 %); 76 con esofagitis aguda (15%); 54 con hernia hiatal y úlcera gástrica (11 %) (14 úlceras cicatrizadas); 24 con várices esofágicas (5 %) (10 sin signos de sangrado reciente y con otras entidades causantes del sangrado, como 5 gastroduodenitis, 3 úlceras duodenales y 2 gástricas); 17 con tumores en total (3 %), subdivididos en 7 de esófago, 7 de estómago y 3 duodenales.

Tabla 1. Enfermedades encontradas en el tubo digestivo alto al realizar la panendoscopia oral

Lesiones digestivas	n	%
Gastroduodenitis crónica agudizada	507	100
Gastroduodenitis crónica agudizada sin otras patologías	40	8
Gastroduodenitis crónica agudizada con otras patologías	467	92

Hernia hiatal con gastroduodenitis agudizada y úlcera duodenal **	152 (42 cicatrizadas)	30
Hernia hiatal con gastroduodenitis agudizada	144	28
Esofagogastroduodenitis aguda	76	15
Hernia hiatal con gastroduodenitis agudizada y úlcera gástrica **	54 (14 cicatrizadas)	11
Várices esofagogástricas (sin signos de sangrado 10)*	24	5
Tumores (de esófago 7, de estómago 7 y duodeno 3)	17	3

* Existían otras entidades causantes del sangrado: 5 gastroduodenitis, 3 úlceras duodenales y 2 gástricas.
** Total de úlceras gastroduodenales: 211.

En la tabla 2 se plasman las lesiones con sangrado reciente encontradas en 410 pacientes (81 %). La causa principal del sangrado digestivo alto reciente fue la gastroduodenitis crónica agudizadas (243; 59,2 %). Dentro de este grupo no tenían otras entidades asociadas 38 pacientes; en 144 acompañadas de hernias hiatales; en 42 con úlceras duodenales cicatrizadas; 14 gástricas cicatrizadas y 5 pacientes con vrices esofágicas. Es importante destacar que en los pacientes con hipertensión portal y vrices esofagogástricas encontradas solo en 8 (1,9 %) tenían signos de sangrado reciente, en tanto en 5 la causa fundamental del sangrado fue la gastroduodenitis agudizada, en 3 úlceras duodenales (0,7 %) y 2 úlceras gástricas (0,4 %).

Tabla 2. Lesiones del tubo digestivo superior con signos de sangrado reciente

Lesiones digestivas con sangrado reciente	n	%
Gastroduodenitis crónicas agudizadas	243	59,2
Hernia hiatal con úlcera duodenal *	44	10,7
Hernia hiatal con úlcera gástrica *	26	6,3
Úlceras duodenales con sangrado reciente en pacientes con vrices esofágicas no sangrantes *	3	0,7
Úlceras gástricas con sangrado reciente en pacientes con vrices esofágicas no sangrantes *	2	0,4
Esofagitis aguda	69	16,8
Tumores	15	3,6
Várices esofágicas con sangrado reciente	8	1,9
Total de pacientes con signos de sangrado reciente	410	81

* Del total de endoscopias realizadas, hubo 75 en pacientes con úlceras pépticas con signos de sangrado reciente (14,7 %).

En la tabla 3 se reflejan las lesiones con signos de sangrado activo en el momento de realización de la endoscopia oral. En total fueron 97 pacientes (19 %) y destacaron las úlceras duodenales como primera causa de persistencia del sangrado activo al momento del examen endoscópico, con 66 pacientes (68 %), seguido de las úlceras gástricas en 14 (14,4 %), esofagitis 6 (6,1 %), varices esofágicas 6 (6,1 %), gastroduodenitis sin otra afección acompañante 2 (2 %), tumores malignos de esófago 1 (1 %), síndrome de M. Weiss 1 (1 %) y tumores malignos de estómago 1 (1 %).

Tabla 3. Lesiones del tubo digestivo superior con signos de sangrado activo al momento de la panendoscopia oral

Lesiones con sangrado activo	n	%
Úlceras duodenales	66	68
Úlceras gástricas	14	14,4
Esofagitis	6	6,1
Varices esofágicas	6	6,1
Gastroduodenitis crónicas agudizadas	2	2
Tumores malignos de esófago	1	1
Síndrome de M. Weiss	1	1
Tumores malignos de estómago	1	1
Total de pacientes con signos de sangrado activo	97	19

Del total (551) de los ingresados se indicó tratamiento médico al 89 % y tratamiento quirúrgico al 11 %. A 472 de los pacientes (93 %) a los que se les realizó endoscopia se les realizó tratamiento médico solamente. En tanto, a 35 (7 %) se les realizó tratamiento quirúrgico. La cirugía se realizó a: 15 pacientes con varices gastroesofágicas (43 %), a 12 con úlceras gastroduodenales (34 %) y a 8 con gastroduodenitis agudizadas (23 %). Las técnicas quirúrgicas fundamentales fueron:

- en las varices esofágicas: la gastronomía y ligadura de las várices gastroesofágicas.
- en las úlceras gastroduodenales: duodenogastrotomía y ligadura de los vasos sangrantes en la úlcera. Solo en 6 casos se realizó vagotomía troncular por el mal estado hemodinámico del paciente.
- en la gastroduodenitis aguda: gastrectomía total.

Se indicó tratamiento médico solamente al 41 % de los 44 pacientes a los que no se realizó la endoscopia oral, en tanto se realizó tratamiento quirúrgico en el 59 % de los casos. La cirugía se les realizó a: 10 pacientes con varices gastroesofágicas (39 %) y 16 con úlceras gastroduodenales (61 %). Las técnicas quirúrgicas fueron similares a las planteadas anteriormente. El tratamiento médico se realizó en 18 pacientes con diagnósticos clínicos de: vómito esofagogástrico (9; 50 %); úlcera gastroduodenal (5; 28 %) y gastroduodenitis erosivas (4; 22 %).

En las historias clínicas de los 38 pacientes fallecidos se pudo conocer que el 50 % había fallecido en el Cuerpo de Guardia (que incluye: consultas de urgencias, sala de observaciones, unidad de cuidados especiales y salón de operaciones) y en las primeras 72 horas de ingreso; el 29 % en salas abiertas de cirugía y el 21 % lo hicieron estando en unidades de cuidados médicoquirúrgicos. De este 50 % fallecido en Cuerpo de Guardia, un 8 % correspondió a pacientes que se habían enviado a sala abierta por mejoría clínica y regresaron por indicación médica a la sala de observación o cuidados especiales del cuerpo de guardia por resangrado. Los restantes pacientes fallecieron en salas abiertas y cuidados intermedios o intensivos con más de 72 h de ingreso.

En este último grupo de pacientes se pudo encontrar la causa de de la hemorragia digestiva, en 36 (94,7 %), donde se practicaron: endoscopias de urgencia (13/38;

34 %), tratamientos quirúrgicos (22/38; 58 %) y necropsias (30/38; 79 %). En dos de ellos solo se tuvo la sospecha clínica de posibles causas sin ninguna comprobación endoscópica, quirúrgica o por necropsia (posibles várices esofágicas).

Las necropsias arrojaron que el 94 % tuvo como causa directa de fallecimiento el choque hipovolémico. Las causas básicas principales fueron: úlceras gastroduodenales (duodenales, principalmente) (31 %), várices esofagogástricas (28 %) y gastroduodenopatías erosivas (28 %).

DISCUSIÓN

En el Hospital «Calixto García» ingresó un número elevado de personas con diagnóstico de hemorragia digestiva alta en el periodo 2006 al 2007, que fueron atendidos de forma urgente en el cuerpo de guardia e ingresados en salas abiertas o de atención al grave, por los peligros de aparición de complicaciones, siguiendo el protocolo referido (figura 3). Los resultados obtenidos demostraron que la HDA es una entidad frecuente que debe ser conocida por todas las especialidades médicas para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el grupo estudiado predominó como motivo de ingreso el decaimiento y la melena, aunque como síntomas y signos importantes también se vieron la lipotimia, la hematemesis y la desorientación. Esta última, fundamentalmente en ancianos. Por lo anterior, se debe plantear la posibilidad de estar frente a un paciente con sangrado digestivo alto en todo anciano o adulto en general, con síntomas similares, y como parte del examen físico habitual se debe realizar un tacto rectal. Si existen dudas, colocar una sonda de Levine y aspirar el contenido gástrico para que esto ayude al diagnóstico.

B. K. Enestvedt y otros realizaron un estudio multicéntrico retrospectivo en el período de 2000 al 2004, donde se encontraron datos similares con relación a los motivos de ingresos y a las entidades causales de las hemorragias, aunque en diferentes porcentajes, las cuales se observaron más en individuos del sexo masculino y en ancianos. La información utilizada se tomó de la base de datos del CORI (The Clinical Outcomes Research Initiative), recolectados de 72 servicios de endoscopias en los Estados Unidos.³

La mayor prevalencia de patologías crónicas en los ancianos hace que estos ingieran mayor cantidad de medicamentos, algunos de estos ulcerógenos, que favorecen la aparición de sangrados digestivos. Este estudio no se aleja de esta realidad, ya que predominó este grupo etario y se encontraron antecedentes de patologías crónicas en el 98 % de dichos pacientes.

Chiba y otros desarrollaron otro estudio similar durante 5 años en Japón,¹⁴ que demostró que en los ancianos con uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos existía una alta prevalencia de úlceras gastroduodenales asintomáticas y que los pacientes con 80 años o más tuvieron hemorragias por úlceras con mayor frecuencia. En nuestro estudio de 507 individuos con endoscopias realizadas, solo el 11% padecían de úlceras gastroduodenales, el 30 % de gastroduodenitis crónica y el 15 % tenían tratamientos con medicamentos ulcerógenos; en las endoscopias en el momento del ingreso se encontró que del 42 % de los pacientes con úlceras gastroduodenales, solo 56 estaban cicatrizadas y 155 tenían signos de sangrado, lo que demostró cuan frecuentes son las úlceras digestivas altas asintomáticas o con pocos síntomas.

En reportes nacionales, se recogen similares resultados en la publicación de Rodiles Martínez y cols. en la provincia de Camagüey en el 2004,¹³ al analizar los datos demográficos, antecedentes personales y etiologías, y estos aspectos coinciden con nuestro estudio.¹²

En tanto la hematemesis acompañó con mayor frecuencia a los pacientes que desde el ingreso se encontraban hemodinámicamente inestables. En ellos se dificultó la realización del estudio endoscópico; tuvieron una evolución tórpida y algunos de ellos fallecieron, por lo que al combinarse estos factores el pronóstico se ensombrece. El sangrado digestivo a veces se subvalora como causa de descompensación respiratoria y cardiovascular, fundamentalmente en los ancianos, lo cual en ocasiones demora la toma de decisiones básicas y rápidas que pueden evitar la muerte del paciente.

La comorbilidad que predomina en los ancianos, dada por la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la mayor frecuencia de la práctica de hábitos tóxicos en el caso de los hombres, permite explicar el predominio de estos pacientes entre los fallecidos. Estas son enfermedades que favorecen una respuesta inadecuada frente a diferentes situaciones impuestas por el sangrado digestivo, por tanto permiten la aparición de complicaciones graves. Ello se comportó de forma similar a lo encontrado en estudios nacionales recientes, como el realizado en el Hospital «Enrique Cabrera» entre los años 2003 y 2007, y en otras publicaciones anteriores de otras provincias del país.^{12, 13}

A un elevado porcentaje (92 %) de los pacientes ingresados se les realizó la panendoscopia oral en las primeras 72 h, por lo que se puede estimar que la endoscopia se realiza a más del 90 % de los casos. Ello permitió hacer el diagnóstico confirmatorio de la causa de la hemorragia digestiva, establecer el tratamiento más adecuado que requerían y del que disponíamos al momento del ingreso, y evaluar las posibles complicaciones y el pronóstico de cada uno de los pacientes. Este estudio endoscópico es uno de los pasos iniciales establecidos al ingreso en nuestro hospital (figura 3).

En el 8 % de los pacientes ingresados por HDA no se pudo realizar la endoscopia oral debido a: inestabilidad hemodinámica del paciente (32/44; 72,7 %); dificultades técnicas en el momento de la indicación (5/44; 11,3 %); negativa del paciente (4/44; 9 %); o porque existía una cuantía importante de sangre al introducir el endoscopio en el tubo digestivo que imposibilitó determinar la lesión causal (3/44; 6,8 %).

La causa de sangrado reciente más frecuente en las endoscopias fue la gastroduodenitis crónica agudizada (59,2 %) (tabla 2). Debemos destacar esta entidad, que muchas veces no se trata adecuadamente y puede ser el prelude de otras enfermedades, como las úlceras gastroduodenales, por lo que hay que hacer más énfasis en cuanto a su terapéutica y seguimiento.

Es importante señalar que en el momento de la endoscopia oral (en las primeras 72 h del ingreso) se encontraban sangrando activamente solo el 19 % de los pacientes, el resto de los ingresados no lo estaban, o sea, habían tenido una hemorragia reciente. Ello demuestra una vez más la evolución más frecuente de las hemorragias digestivas y su respuesta al tratamiento médico (81 %). No obstante, lo ideal sería contar con la posibilidad de hacer el estudio endoscópico para el diagnóstico y tratamiento en las primeras 12 h del ingreso, fundamentalmente en los pacientes con hematemesis, signos de choque, sospecha de várices esofágicas, en los ancianos, con antecedentes de varias hemorragias y con riesgo de resangrar.

A diferencia de otros estudios antes mencionados, como el realizado Enestvedt y cols.³ donde las úlceras pépticas (32,7 %) fueron las lesiones más encontradas, entre estas las gástricas, y en segundo lugar las gastropatías erosivas (18,8 %); en nuestro estudio si sumamos las úlceras pépticas con sangrado reciente (75) y las activas en el momento de la endoscopia (80), en total fueron 155 pacientes (30,5 %), y ocuparon el segundo lugar de las lesiones que sangraban. Entre estas la úlcera duodenal fue la entidad que más destacó como causa de hemorragia, seguida en menor porcentaje por la gástrica. Ello demuestra que la epidemiología de estas enfermedades varía de una zona a otra del planeta y son necesarias las pesquisas locales para conocer su comportamiento particular pues son enfermedades influenciadas por múltiples factores, como la alimentación, hábitos tóxicos, infecciones, entre otros.

En algunos pacientes con hipertensión portal por cirrosis hepática la causa del sangrado no fueron las varices esofágicas, sino otras lesiones digestivas altas (10/24); por ello es importante no solo colocar la sonda de S. Blakemore de inmediato como tratamiento cuando existen sospechas, sino además como diagnóstico, ya que si no se detiene la hemorragia al insuflar el balón gástrico primero y después el esofágico, se debe sospechar que las várices están ubicadas fuera de estos lugares, como en el duodeno o píloro o que existe otro tipo de lesión. El médico no debe conformarse con detener la hemorragia, ya que es necesario profundizar en el estudio para llegar al diagnóstico definitivo de la causa, y después poder realizar el tratamiento más efectivo y mejorar el pronóstico del paciente.

La utilización de la endoscopia oral de urgencia permitió el tratamiento de muchas de las afecciones que aún estaban sangrando, como las varices esofágicas y las úlceras gastroduodenales.

Los pacientes con cirrosis hepática y várices en esófago, estómago o duodeno, por lo general tienen un mal pronóstico, ya que a veces en la endoscopia al ingreso, como ocurrió en este estudio, se observan hemorragias por causas ajenas a las várices o existe un sangrado reciente de las várices, o sea que en el momento de la endoscopia estas no lo estaban haciendo activamente. Esta situación puede cambiar rápidamente por diversas razones, y las varices pueden comenzar a sangrar estando el paciente hospitalizado, ya sea por trastornos de la coagulación, por la instrumentación de la zona con sondas, por el incremento o tratamiento inadecuado de la gastroduodenitis acompañante, o por el estrés a que están sometidos. Por esta razón, lo más aconsejable es hacer un seguimiento estrecho de los pacientes en salas de cuidados especiales e intermedios.

Se demostró que el tratamiento médico (93 % de los pacientes ingresados) es fundamental ante una HDA, y que cumpliendo los principios básicos de conducta en estos casos, se pueden evitar sus complicaciones. Estos principios son: primero realizar el diagnóstico correcto, detener la hemorragia, recuperar la volemia y la hemodinámica, y evitar las complicaciones de otro tipo, como la encefalopatía hepatoamoniaca.

El 11 % de los pacientes con hemorragias digestivas fueron intervenidos quirúrgicamente, debido a sangrado persistente después de la endoscopia, hemorragia masiva, inestabilidad hemodinámica mantenida, necesidad de más de 6 unidades de sangre en 24 h, ausencia de respuesta inmediata al tratamiento endoscópico o médico, la imposibilidad de tratar mediante endoscopia en caso de sangrado activo, o las hemorragias recurrentes a pesar de los tratamientos indicados. En este último grupo destacaron las varices esofágicas y las úlceras

gastroduodenales, como las causas más importantes que requirieron tratamiento quirúrgico de urgencia.

Se plantea que entre el 10 y el 15 % de los pacientes con HDA sangran profusamente y requieren tratamiento quirúrgico de urgencia. La mortalidad puede alcanzar entre el 30 y el 50 %. La valoración inmediata, rápida y cuidadosa debe realizarse antes de la cirugía, para evitar que los pacientes sean operados ya con una coagulopatía postransfusional y con una hemodinámica precaria.¹⁵

En los pacientes hemodinámicamente inestables, con antecedentes personales múltiples, hematemesis, hematocrito por debajo de 30, que se mantengan con sangrado, la hemorragia recurre con más frecuencia y deben de tratarse de forma urgente con métodos quirúrgicos.¹⁶

Los factores siguientes se aceptan internacional y nacionalmente como determinantes de la conducta terapéutica y del pronóstico: magnitud y velocidad de la pérdida de sangre, ubicación del sangrado, características de la lesión sangrante, causa de la hemorragia, condición del paciente (edad, enfermedades asociadas, estado de choque). Las tasas de resangrado y de mortalidad son mayores en los pacientes con: estado de choque, úlceras > 1 cm, sangrado visible en la endoscopia, enfermedad crónica asociada y edad > 60 años. En tales circunstancias se recomienda la intervención quirúrgica precoz.¹⁷

El 50 % de los pacientes fallecieron en el cuerpo de guardia del hospital, por lo que debemos mejorar el trabajo tanto en la atención secundaria como en la primaria, ya que muchas veces existieron demoras en el diagnóstico y tratamiento en las áreas de salud. Además, se debe favorecer la realización del estudio endoscópico en las primeras 12 h del ingreso, para poder realizar el diagnóstico y tratamiento precoz. En estos pacientes, la estancia hospitalaria fue menor de 72 h, o sea, que este período es importante para decidir el tipo de tratamiento, y la rapidez de su aplicación es fundamental para conservar la vida del paciente. El 8 % de estos pacientes habían sido trasladados a las salas para su seguimiento; volvieron a sangrar o presentaron otras complicaciones fatales, lo cual demuestra que este periodo es uno de los más riesgosos, ante la presencia de enfermedades que pueden descompensarse o, si el paciente ya está descompensado, que no se logran compensar en tan poco tiempo, pues ya se ha agravado la anemia aguda al no estar cicatrizada la mucosa. Esta por lo general demora 72 h en hacerlo, y este hecho, entre otros factores, influye negativamente en la evolución.

Se requiere mantener el protocolo estipulado en nuestro hospital ante un sangrado digestivo y recurrir a indicaciones médicas más enérgicas desde que se recibe el paciente en el policlínico, para mejorar la hemodinámica y detener la hemorragia. Se debe acortar el tiempo entre el ingreso y la realización de la endoscopia oral; crear más facilidades y variedades de técnicas endoscópicas para el tratamiento de las hemorragias por várices o no; ser más enérgicos al tomar la decisión del tratamiento quirúrgico si realmente es necesario; hacer un seguimiento estrecho del paciente en el cuerpo de guardia, ya sea en observaciones o en cuidados especiales. Todo lo anterior debe potenciarse en los ancianos, en quienes se suman las enfermedades de bases, fundamentalmente las cardiovasculares y respiratorias.

Existen mayores posibilidades de hemorragia en los pacientes que han sangrado anteriormente, por lo que se necesita un seguimiento casi constante, a veces imposible en una sala abierta con más de 20 pacientes por enfermero. Por consiguiente, se debe ingresar al paciente en unidades de cuidados intermedios, priorizando a los ancianos y a los que tengan enfermedades de base que puedan descompensarse.

En el 21 % de los pacientes, a pesar de estar en unidades de cuidados médico-quirúrgicos donde se evalúa frecuentemente al paciente, la posibilidad de tener una evolución fatal puede ser elevada si no se crean las facilidades para un diagnóstico rápido, tratamiento, y reevaluación endoscópica de las entidades que pueden volver a sangrar.

Se demostró la importancia de la realización de las necropsias para corroborar los diagnósticos, evaluar los tratamientos y las conductas en cada caso. Ello solo se pudo cumplir en el 79 % de los fallecidos.

El 94 % de los pacientes tuvo choque hipovolémico como causa directa del fallecimiento, y se puede esperar hasta un 97 % con una confianza del 95 %, lo cual nos da la medida de cuán frecuente es esta complicación en los pacientes que sangran, para las cuales hay que estar preparados y contar con los recursos que faciliten el tratamiento. Igual ocurre cuando existen arritmias cardiovasculares o insuficiencia respiratoria, cuyo tratamiento deben conocer todos los médicos asistenciales de cualquier especialidad, médica o quirúrgica, para evitar las demoras o conductas erradas en estos casos.¹⁸⁻²⁰

Las úlceras gastroduodenales (duodenales, principalmente) (31 %), aunque no lejos de las otras causas básicas de fallecimiento, se mantienen entre las primeras, seguidas de las várices esofagogástricas (28 %) y las gastroduodenopatías erosivas (28 %). En estas tres entidades hubo 3 factores que destacaron e influyeron en el desenlace fatal en las primeras horas del ingreso; estos fueron: primero, la cuantía de las pérdidas hemáticas, el tiempo del sangrado y los antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas no transmisibles. La frecuencia esperada de aparición de estas es muy similar (intervalos de confianza no excluyentes).

Ante pacientes con afecciones que causan hemorragias y en quienes el tratamiento médico es fundamental (por ejemplo, pacientes con gastropatías), se debe hacer mayor énfasis en la educación del paciente en cuanto a la necesidad de asistir a las consultas de seguimiento y al cumplimiento de los esquemas de tratamiento indicados por los médicos de asistencia para la cura y la prevención de complicaciones.^{15, 22}

En conclusiones, la hemorragia digestiva alta fue una causa frecuente de ingreso en el servicio de cirugía en los años analizados. Los síntomas de decaimiento, lipotimia y desorientación en ancianos con antecedentes personales de enfermedades crónicas son motivo suficiente para sospechar e ir a la búsqueda y diagnóstico de HDA. Las enfermedades digestivas altas más frecuentemente encontradas fueron la gastroduodenitis crónica, hernias hiatales, úlceras gastroduodenales cicatrizadas y varices esofágicas.

La gastroduodenitis crónica agudizada fue la causa más frecuente de sangrado reciente; y al momento de la endoscopia las causas de sangrados activos fueron las úlceras duodenales y gástricas. El tratamiento apoyado desde el inicio por el diagnóstico endoscópico, en las primeras 72 h del ingreso, permitió cumplir el protocolo establecido en el hospital ante estos pacientes y con ello se mejoró su pronóstico.

Los factores relacionados con el fallecimiento fueron hematemesis, ancianidad, sexo masculino, enfermedades crónicas, tiempo prolongado de sangrado, sangrado intenso y la no realización de endoscopias diagnósticas ni terapéuticas. Las causas más frecuentes encontradas en este grupo fueron úlceras gastroduodenales, várices esofagogástricas y gastroduodenopatías erosivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kasem AM. Management of acute upper gastrointestinal tract bleeds in a district hospital. *J. Laparoendosc. Adv Surg Tech A.* 2006;16(4):355-61.
2. Velásquez ChH. Hemorragia digestiva por várices esófagogástricas. *Acta Méd. Peruana.* [seriada en línea] 2006;23(3). 156-161. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300006&lng=es&nrm=iso .
3. Enestvedt BK. An evolution of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper GI hemorrhage in a large multicenter consortium. *Gastrointest Endosc.* 2008;67(3):422-9.
4. Sonnenberg A, Amorosi SL, Lacey MJ, Lieberman DA. Patterns of endoscopy in the United States: Analysis of data from the Center for Medicare and Medicaid services and the National Endoscopic Database. *Gastrointest Endosc.* 2008;67(3):489-96.
5. Kovalak M, Lake J, Mattek N, Eisen G. Patterns of endoscopy in the United States: Endoscopic screening for varices in cirrhotic patients: data from a national endoscopic database. *Gastrointest Endosc.* 2004;65(1):82-8.
6. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring system to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med.* 2007;25(7): 774-9.
7. Gralnek IM, Dulai GS. Incremental value of upper endoscopy for triage of patients with acute non variceal upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60(1):9-14.
8. Soncini M, Triossi O, Leo P, Magni G, Bertelè AM, Grasso T, *et al.* Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage before and after the adoption of the Rockall score, in Italian Gastroenterology Units. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007;19 (7): 543-7.
9. Sanders DS, Carter MJ, Goodchap RJ, Cross SS, Gleeson DC, Lobo AJ. Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(3):630-5.
10. Gubler C, Fox M, Hengstler P, Abraham D, Eigenmann F, Bauerfeind P. Capsule endoscopy: impact on clinical decision making in patients with suspected small bowel bleeding. *Endoscopy.* 2007;39(12):1031-6.
11. Apostolopoulos P, Liatsos C, Gralnek IM, Kalantzis C, Giannakouloupoulou E, Alexandrakis G. Evaluation of capsule endoscopy in active, mild-to-moderate, overt, obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2007;66(6):1174-81.
12. Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampín Camejo LE, Pérez Blanco D, Lopategui Cabezas I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital "Enrique Cabrera". *Rev Cubana Cir.* [seriada en Internet] 2008;47(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Rodiles Martínez F, Javier López Mayedo F. Hemorragia Digestiva Alta. Comportamiento Clínico-Epidemiológico. Arch Méd Camagüey [seriada en Internet] 2004;8(6). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm>
14. Chiba T, Sato K, Kudara N, Shinozaki H, Ikeda K, Sato K. Upper gastrointestinal disorders induced by nonsteroidal anti inflammatory drug. Inflammopharmacology. 2008;16(1):16-20.
15. Calvet X, Vergara M. Recurrent bleeding from peptic ulcer. Digestive & Liver Diseases. 2004;36(7):450.
16. Soriano Álvarez C. Sangramiento en el tracto digestivo. Acta Médica Peruana. 2006;23(3).
17. Church NI, Dallal HJ, Masson J, Mowat NA. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. Gastrointest Endosc. 2006;63:606.
18. Feu F, Brullet E, Calvet X. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003;26:70-85.
19. Baradaran R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. Am J Gastroenterol 2004;99:619.
20. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003;139:843.
21. Marco JL, Boscá B. Ingresos por sangramientos digestivos altos por antiinflamatorios no esteroideos. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004;2(4):21727.

Recibido: 21 de julio de 2009.
Aprobado: 16 de mayo de 2010.

Ricardo Almeida Varela. Hospital Universitario «Calixto García». Avenida Universidad y G, El Vedado. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: ralmeida@infomed.sld.cu