

Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa

Endoscopy in patient care suffering from non-variceal upper gastrointestinal bleeding

Dra. Rebeca Winograd Lay, Dr. Eduardo Williams Guerra, Dra. Dorelys Rodríguez Álvarez, Dr. Juan Yerandy Ramos Contreras, Dr. Yanel Guisado Reyes, Dr. Omar Angulo Pérez, Dra. Mirtha Infante Velázquez

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el procedimiento más preciso para el diagnóstico etiológico de la hemorragia cuyo origen se atribuye al tracto gastrointestinal es la endoscopia digestiva.

Objetivo: mostrar la experiencia de un grupo de trabajo en la realización de la endoscopia de urgencia para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa.

Métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó 314 pacientes que presentaron episodio agudo de hemorragia digestiva alta no varicosa entre el 1ro. de septiembre de 2011 y el 31 de diciembre de 2013, los cuales fueron atendidos en la Unidad de Endoscopia del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Se analizaron las variables demográficas así como otras relacionadas con el tiempo de realización de la endoscopia, diagnóstico y tratamiento endoscópico.

Resultados: hubo un predominio del sexo masculino (63,7 %); la edad promedio fue de $61,6 \pm 17,8$ años. La endoscopia urgente se realizó en las primeras 24 h (media: 22.5). La úlcera péptica fue la lesión que más se encontró (44,9 %), predominó la localización duodenal (96 casos, 30,5 %). Según la clasificación de Forrest los grupos más frecuentes resultaron el III y el IIc (30 % de casos cada uno) y el Ib (14 %). Recibieron terapéutica endoscópica 77 casos (24,5 %), con recidiva en 23 (7,3 %). Necesitaron cirugía 11 enfermos (3,5 %). La mortalidad fue de 2,2 %.

Conclusiones: la realización temprana de la endoscopia logró el control inicial de la hemorragia en todos los casos tratados, con lo que se redujo la necesidad de tratamiento quirúrgico, la recidiva y la mortalidad.

Palabras clave: endoscopia de urgencia, hemorragia digestiva alta, terapéutica endoscópica.

ABSTRACT

Introduction: endoscopy is the most accurate procedure for bleeding etiologic diagnosis whose origin is attributed to the gastrointestinal tract.

Objective: share the experience of a working group in performing urgent endoscopy for diagnosis and treatment of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was conducted from September 1, 2011 to December 31, 2013, in 314 patients who had acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding episodes. They were treated at the endoscopy unit of the Central Military Hospital. Demographic variables were analyzed as well as others related to endoscopy time of completion, endoscopic diagnosis and treatment.

Results: there was a predominance of males (63.7 %); the average age was 61.6 ± 17.8 years. Urgent endoscopy was performed within 24 h (mean: 22.5). Peptic ulcer was the most frequently lesion (44.9 %) found. duodenal localization was most frequent (96 cases, 30.5 %). According to Forrest classification, the most common groups were III and IIc (30 % of cases each) and Ib (14 %). 77 cases underwent endoscopic therapy (24.5 %), 23 (7.3 %) had recurrence. The mortality was 2.2 %.

Conclusions: the early realization of endoscopy achieved initial control of bleeding in all cases treated, so the need for surgical treatment, recurrence and mortality is reduced.

Keywords: emergency endoscopy, upper gastrointestinal bleeding, endoscopic therapy.

INTRODUCCIÓN

El procedimiento más preciso para el diagnóstico etiológico de la hemorragia cuyo origen se atribuye al tracto gastrointestinal es la endoscopia digestiva. En el caso del paciente que sangra por una lesión en la porción alta del tracto, la técnica de elección es la endoscopia superior. Esta se debe realizar lo más precozmente posible, dentro de las primeras 24 h a partir de la llegada del enfermo a la institución hospitalaria, con la que se establece la causa de sangrado, con una sensibilidad que varía entre un 90-95 % y una especificidad de casi el 100 %. Proporciona datos pronósticos basados en la presencia de signos predictivos de sangrado, y permite la actuación terapéutica diversa, con métodos capaces de cohibir la hemorragia o prevenir la recidiva.¹ Para ello, es necesario contar con un personal debidamente entrenado y una estructura hospitalaria, que apoye la atención de estos casos, organizada mediante protocolos de actuación y adaptados a cada contexto.

En Cuba resulta común que predomine todavía el tratamiento quirúrgico sobre el endoscópico, a juzgar por las series revisadas.²⁻⁴ Sin embargo, en el hospital donde fue realizado este trabajo la atención a estos enfermos se rige por un protocolo en el que participa un grupo multidisciplinario, y que tiene a la endoscopia de urgencia, diagnóstica y terapéutica como eje central. De igual forma, se incluyen estrategias para identificar a los pacientes con los que se deben tomar estas medidas de forma más rápida y enérgica.^{5,6} La hemorragia digestiva ocupa el

cuarto lugar entre las causas que motivan ingresos con mayor frecuencia desde el Cuerpo de Guardia del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto".

Por tal motivo, el grupo de trabajo de la Unidad de Endoscopia de la institución realizó la presente investigación que tiene como objetivo mostrar las experiencias en la realización de la endoscopia de urgencia para el diagnóstico y tratamiento del paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años de edad que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto", en entre el 1ro. de septiembre de 2011 y el 31 de diciembre de 2013 para una endoscopia de urgencia, ante la presencia de evidencias clínicas de hemorragia digestiva como la hematemesis o melena o aspirado hemático por sonda de Levine. Se excluyeron los casos con hemorragia por lesiones relacionadas con la hipertensión portal (várices esofagogástricas o gastropatía hipertensiva portal). La muestra quedó constituida por 314 pacientes, 200 (63,7 %) masculinos y 114 del sexo femenino (36,3 %), con una edad promedio de $61,62 \pm 17,8$ años.

La endoscopia se realizó con un videogastroscoPIO Olympus Evis Lucera Spectrum GIF (FQ)-260. La descripción de los hallazgos endoscópicos y los diagnósticos correspondientes se realizó a partir de la terminología mínima endoscópica y se usó la clasificación de Forrest⁷ en pacientes con úlcera péptica. La decisión de aplicar algún método de hemostasia endoscópica se tomó de acuerdo con la existencia o no de estigmas de sangrado activo o reciente durante la endoscopia. La terapéutica endoscópica consistió en inyectoterapia con epinefrina al $1 \times 10\ 000$ a los casos con sangrado activo o reciente, que presentaron lesiones de los grupos Ia a IIb de la clasificación de Forrest. Cuando fue posible, se aplicó un segundo método hemostático (electrocoagulación monopolar o colocación de bandas), lo que se consideró como terapia dual. En pacientes que mostraron un coágulo fresco se procedió al lavado enérgico con agua o solución salina fría a través del canal de trabajo del endoscopio, seguido por la inyección de los bordes de este con epinefrina al $1 \times 10\ 000$ y el tratamiento con un segundo método hemostático de la lesión subyacente.

El resultado del tratamiento endoscópico se consideró satisfactorio si se lograba el cese de la hemorragia o si el área tratada adoptaba un aspecto pálido (inyección de epinefrina) o aparecía una escara uniforme (método de termocoagulación). En caso de resangrado, el enfermo fue sometido a una nueva sesión de terapéutica endoscópica. Cuando esta resultó fallida se decidió enviar al paciente al quirófano. A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado para la realización del procedimiento endoscópico.

Se procesaron los datos demográficos, el tiempo de espera para la realización de la endoscopia a partir de la llegada del enfermo al Cuerpo de Guardia, la información que aportó la endoscopia en relación con la causa del sangrado y la terapéutica. Para las variables cualitativas se calcularon la frecuencia y el porcentaje. En el caso de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar (o la mediana y el rango intercuartílico cuando no siguieron una distribución normal). El procesamiento se realizó mediante el SPSS versión 15.0.

El protocolo de esta investigación se revisó previamente y fue aprobado por el Comité de Ética de las Investigaciones y por el Consejo Científico de la Vicedirección Clínica del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto".

RESULTADOS

La endoscopia fue realizada en un periodo de 22,5 h en relación con el momento de la llegada del enfermo al centro de urgencias. Se desvían de este valor, en promedio, 21,0 h. En el 50 % de los casos se realizó el procedimiento antes de las 16 h. El tiempo que más se repitió fue el de 12 h. La endoscopia fue realizada en las primeras 10 h a 78 pacientes (25 %) (primer cuartil), en las primeras 16 h a 157 pacientes (50 %) (Q_2) y tras las primeras 24 h a 235 casos (75 %) (Q_3).

La úlcera péptica gastroduodenal resultó ser la lesión encontrada con mayor frecuencia (141 pacientes; 44,9 %), seguida por las lesiones erosivas (114 pacientes; 36,3 %). Los tumores se diagnosticaron con menor frecuencia (18 casos; 5,7 %). A continuación se ubicó la lesión de Dieulafoy (14 pacientes; 4,4 %). Existieron enfermos en los que no se encontró ninguna lesión como responsable de la hemorragia al momento de la endoscopia (14 casos; 4,4 %).

En relación con la úlcera péptica, esta fue predominantemente duodenal (96 casos; 30,5 %). La localización gástrica resultó ser menos frecuente (45 enfermos; 14,3 %). Existieron casos con doble lesión, tanto en el estómago como en el duodeno o en ambas localizaciones. Topográficamente, la úlcera gástrica predominó en la incisura *angularis* y la úlcera duodenal a nivel de la primera porción, en cara anterior del bulbo duodenal.

Según la presencia de estigmas endoscópicos de hemorragia, la hemorragia activa se presentó en casos con úlcera péptica y otras lesiones (sobre todo tumores y lesión de Dieulafoy). La hemorragia babeante se observó en pacientes con úlcera péptica, erosiones o tumores. El vaso expuesto resultó ser una lesión exclusiva del fondo ulceroso. El coágulo fresco se encontró tanto en pacientes que sangraron por úlcera péptica como en lesiones erosivas.

Recibieron terapéutica endoscópica 77 pacientes (24,5 %), a quienes se les aplicó inyectoterapia con epinefrina sola (67 pacientes) o terapia dual (10 casos), debido a que en el estudio endoscópico presentaron evidencias de hemorragia activa o reciente, o lesiones con un riesgo alto de resangrado. Con estas acciones se logró controlar la hemorragia en todos los casos. Sin embargo, recidivaron 23 pacientes (29,8 % de los tratados), cuya lesión causal resultó ser una úlcera gástrica de curvatura menor alta, úlcera duodenal en la cara posterior del bulbo o tumores gástricos. La hemorragia ocurrió fundamentalmente en los primeros 3-5 días (63,6 %). La necesidad de cirugía fue del 3,5 % (11 pacientes), a expensas de los que experimentaron recurrencia de la hemorragia y esta no pudo ser controlada en una segunda intervención endoscópica. La mortalidad global de la serie fue de 2,2 % (7 pacientes).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman que la úlcera péptica es la principal causa de hemorragia digestiva en nuestro medio, observación que ya ha sido comunicada antes por otros autores, entre los que se destaca el informe de los resultados de

1 000 estudios endoscópicos realizados en el Instituto Nacional de Gastroenterología.⁸ Esta tendencia se observa también en estudios internacionales, como el de Rockall,⁹ con más de 4 000 pacientes, en el que se señala a la úlcera péptica como responsable del 46 % de los casos (53 % de ellas duodenales, 35 % gástricas, 8 % esofágicas y 4 % mixtas). Sin embargo, ya existen informes en los que las lesiones agudas de la mucosa gástrica y la enfermedad erosiva, sobrepasan a la úlcera péptica.¹⁰ En esta serie las lesiones erosivas constituyen la segunda causa de hemorragia.

La toma de decisión para realizar el tratamiento endoscópico se sustentó en el juicio clínico del endoscopista, la presencia de estigmas de hemorragia activa o reciente y la clasificación de Forrest. En una publicación realizada, las lesiones hemorrágicas encontradas se presentaron en los grupos IIb/III de Forrest.¹¹ Iguales resultados alcanzó *Abreu* y otros.¹²

La efectividad en el control de la hemorragia fue del 100 %, superior a la informada por otras series.^{13,14} Ello está relacionado, a juicio de los autores, con la calidad de los cuidados preendoscópicos, que incluyen la administración parenteral precoz de inhibidores de la secreción de ácido (bloqueadores H₂ o inhibidores de la bomba de protones, según la disponibilidad). Los efectos beneficiosos de esta medida han sido demostrados en series de metanálisis.¹⁵ La frecuencia de la recidiva está en relación con la aplicación de la terapia dual y la remoción del coágulo para tratar la lesión subyacente. En la literatura internacional existe suficiente evidencia que avala esta práctica. No obstante, hay que considerar que en pacientes que sangraron por úlcera péptica, la localización de esta y su mayor tamaño influyen en la probabilidad del resangrado y el fracaso de la terapéutica. Para la úlcera gástrica se considera su localización alta, relacionada anatómicamente con vasos arteriales de grueso calibre, como la arteria gástrica y sus ramas. En el caso de la duodenal, las de la cara posterior del bulbo tienen un mayor riesgo de resangrar, debido a la erosión de grandes vasos (arteria gastroduodenal).

La frecuencia de recidiva en esta serie fue de un 8,7 %, por debajo de las que comunican *Palomino Besada*¹⁶ y *León*,¹⁷ en el ámbito nacional. Esta ocurrió a expensas de los pacientes que se trataron con epinefrina como monoterapia. Se ha definido en la literatura que en esta situación las tasas de recurrencia son altas.

El fallo de la terapéutica endoscópica llevó a la indicación de cirugía en cuatro enfermos, cifra muy inferior a la que se comunica en otras instituciones hospitalarias del país que no realizan la endoscopia de urgencia.²⁻⁴ La tasa de mortalidad de esta serie se encuentra dentro del rango que se reporta en la literatura internacional (2,8 %). Esta muestra un descenso en la necesidad del manejo quirúrgico de alrededor de 4-10 % de los pacientes, aunque hay autores que reportan tasas más bajas, como *Morales Uribe*¹⁸ con un 2,2 %. La mortalidad generalmente se asocia con las complicaciones derivadas de las enfermedades asociadas y no con la gravedad de la hemorragia.

Otro elemento que toma en cuenta este estudio es el momento de realización del estudio endoscópico. En distintas guías clínicas, protocolos y documentos de consenso se considera que esta técnica debe ser realizada en las primeras 24 h que siguen al ingreso del paciente.^{19,20} Esto permite una mejor evaluación del riesgo y la adopción de medidas terapéuticas, no solo en la unidad de endoscopia, sino también durante la hospitalización.

En la presente investigación se observó un desplazamiento a la izquierda de la distribución del tiempo en la realización de la endoscopia, en relación con su no realización durante los fines de semana. En Cuba, según el estudio de *Rodiles* y

otros, la mayor cantidad de enfermos que acudieron al Cuerpo de Guardia del Hospital Militar de Camagüey lo hicieron entre viernes y domingo.²¹ A este elemento se le continuará prestando atención por cuanto los autores coinciden con el criterio de que la endoscopia temprana permite una mejor estratificación del riesgo, lo que favorece el uso más racional de los recursos hospitalarios, el número de transfusiones, el tiempo de hospitalización y la necesidad de cirugía.

La información obtenida en este trabajo posibilitó confirmar la presentación de la hemorragia digestiva alta no varicosa de forma semejante a la tendencia internacional, con la úlcera péptica duodenal como causa principal. La organización de la institución para la atención a estos enfermos facilita la realización temprana de la endoscopia a la mayoría de los pacientes, con la que se logró controlar la hemorragia en todos los casos tratados, por lo que la necesidad de tratamiento quirúrgico, la recidiva hemorrágica y la mortalidad se redujo por debajo de las cifras reportadas en el país y en otras partes del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Gómez M, Fernando Pineda L, Ibáñez M, Otero Rengifo W. Escala "UNAL" de predicción para identificar pacientes con hemorragia digestiva alta que necesitan endoscopia urgente. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2006 [citado 9 oct 2013]; 21(4): 244-58. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572006000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Rego Hernández JJ, Leyva de la Torre C, Pérez Sánchez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto: Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. Rev Cubana Farm [Internet]. 2007 [citado 9 oct 2013]; 41: [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152007000300008&nrm=iso
3. Le'Clerc Nicolás J. Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Cir [Internet]. 2010 [citado 9 oct 2013]; 49: [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200004&nrm=iso
4. 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 [Internet]. 2008 [citado 9 oct 2013]; 47: [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&nrm=iso
5. Infante Velázquez M, Guisado Reyes Y, Rodríguez Álvarez D, Ramos Contreras J, Angulo Pérez O, Domínguez Olabarría R. Utilidad de la escala clínica de Rockall en la hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Cubana Cir [Internet]. 2014 [citado 9 oct 2013]; 53(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revquirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/137>
6. Infante-Velázquez M, Guisado-Reyes Y, Rodríguez-Álvarez D, Ramos-Contreras J, Angulo-Pérez O, Winograd-Lay R. Riesgo de resangrado en el paciente con hemorragia digestiva alta no varicosa. Rev Hab Cien Méd [Internet]. 2014 [citado

- 21 ene 2015];13(6):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/352>
7. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet*. 1974 Aug 17;2(7877):394-7.
8. Haedo Quiñones W, González Carbajal M, Pérez Brioso A, Nodarse Pérez O. Principales causas de sangramiento digestivo alto en nuestro medio: revisión de 1 000 panendoscopias. *Rev Cubana Med*. 1988;27(3):31-6.
9. Rockall T, Logan R, Devlin H. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *BMJ*. 1995;311:222-6.
10. Laine L, Jensen DM. Management of Patients With Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 9];107(3):345-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2011.480>
11. Crespo Acebal L. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. *Rev Cubana Med Int Emerg* [Internet]. 2008 [citado 9 oct 2013];4(2):46-52 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.htm
12. Abreu Jarrín M, Ramos Tirado S, Trejo Muñoz N, Cintado Tortoló D. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2013 [citado 9 oct 2013];35:134-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200005&nrm=iso
13. Simon EG, Chacko A, Dutta AK, Joseph AJ, George B. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding-experience of a tertiary care center in southern India. *Indian J Gastroenterol* [Internet]. 2013 [citado 2013 Oct 9];32(4):236-41. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12664-013-0305-6>
14. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 9];48(4):439-47. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00365521.2012.763174>
15. Barkun AN, Martel M, Toubouti Y, Rahme E, Bardou M. Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding for patients with high-risk lesions: a series of meta-analyses. *Gastrointest Endosc*. 2009 Apr;69(4):786-99.
16. Palomino Besada AB, Suárez Conejera AM, Brunate Pozo M. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no variceal. *Rev Cubana Med Mil* [Internet]. 2007 [citado 9 oct 2013];36:[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000200002&nrm=iso
17. León F, Ruíz J, Palomino A, Torres R, Fernández A, Martínez M. Tratamiento endoscópico del sangramiento digestivo alto (SDA) por úlcera péptica. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 1997 [citado 9 oct 2013];17(1):25-30. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gastro/vol_17n1/trat_end.htm

18. Morales Uribe CH, Sierra Sierra S, Hernandez Hernandez AM, Arango Durango AF, Lopez GA. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2011 [citado 9 oct 2013];103(1):20-24. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Sung JJ, Chan FK, Chen M, Ching JY, Ho KY, Kachintorn U, et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gut [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 9];60(9):1170-7. Available from:
<http://gut.bmj.com/content/60/9/1170.long>
20. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin Barc [Internet]. 2010 [citado 9 oct 2013];135(13):608-16. Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/primer-consenso-espanol-sobre-el-13160700>
21. Rodiles Martínez F, López Mayedo F. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico epidemiológico. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2004 [citado 9 oct 2013];8(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm>

Recibido: 20 de septiembre de 2014.

Aprobado: 20 de octubre de 2014.

Rebeca Winograd Lay. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Ave. Monumental y Carretera del Asilo, CP 11700, La Habana, Cuba.
Correo electrónico: minfante@infomed.sld.cu