

Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto

Characterization of patients presenting with high digestive bleeding

Jean Le'Clerc Nicolás

Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria. Instructor. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El sangramiento digestivo alto continúa siendo un problema de salud, y junto al abdomen agudo, las heridas y los traumatismos es prácticamente la razón de ser de una guardia de cirugía.

MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, cuyo universo estuvo constituido por todos los pacientes con este diagnóstico ingresados en el Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán», entre enero del 2006 y diciembre del 2007 (2 años).

RESULTADOS. Las edades más frecuentes estuvieron entre los 70 y 79 años, y fue más frecuente el sexo masculino y el antecedente de enfermedad cardiovascular. La melena fue la principal manifestación clínica. La endoscopia solo se realizó en el 25,16 % de los casos, y en ella se observó principalmente duodenitis y gastritis. Como medidas terapéuticas más comunes se practicaron la hidratación y el uso sondas de Levine. Solo el 20,48 % de los pacientes recibieron tratamiento contra *Helicobacter pylori*. La estadía hospitalaria promedio fue de 6 días o más.

CONCLUSIONES. Las medidas generales de apoyo hemodinámico y la estrecha vigilancia de los pacientes pueden lograr salvaguardar sus vidas aunque no se disponga de un diagnóstico certero. La infección por *Helicobacter pylori* y su asociación a lesiones erosivas o ulcerosas de la mucosa gastroduodenal no ha sido totalmente asimilada en el pensamiento médico de los cirujanos. La función de la

cirugía es cada vez menor en la terapéutica del sangramiento digestivo alto, a pesar de ser uno de los pilares fundamentales para enfrentarlo.

Palabras clave: Sangramiento digestivo alto, hemorragia digestiva alta, *Helicobacter pylori*, inhibidor de la bomba de protones.

ABSTRACT

INTRODUCTION. High digestive bleeding remains as health problem and together with acute abdomen, wounds and traumatism is practically the main responsibility of a surgery rounds.

METHODS. A cross-sectional, descriptive and observational study was conducted in a sample including all patients with this diagnosis admitted in "Joaquín Albarrán" Clinical Surgical Teaching Hospital between January, 2006 and December, 2007 (two years).

RESULTS. The more frequent ages were between the patients aged 70 and 79 and also in male sex and the background was the cardiovascular disease. Melena was the leading clinical manifestation. Endoscopy was only performed in the 25,16% of cases noting mainly the presence of duodenitis and gastritis. Among the commonest therapeutical measures were hydration and the use of Levine's stents. Only the 20,48% of patients was treated against *Helicobacter pylori*. Average hospital stay was of 6 days or more.

CONCLUSIONS. The application of general measures of hemodynamic support and a close surveillance of patients may to achieve safeguard their lives although there was not an accurate diagnosis. *Helicobacter pylori* and its association with erosive or ulcerous lesions of gastroduodenal mucosa haven't been assimilated in the physician's mind. The surgery role is decreasing in the high digestive bleeding therapy in spite of to be one the fundamental pillars for its confrontation.

Key words: High digestive bleeding, high digestive hemorrhage, *Helicobacter pylori*, proton inhibitors pump.

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias que ocurren en el tubo digestivo constituyen un problema clínico muy frecuente, observado en los centros encargados de la atención a pacientes de urgencia, las que junto al abdomen agudo y las heridas y traumas representan. Prácticamente, la razón de ser de una guardia de cirugía.

Se define el sangramiento digestivo alto (SDA) como toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis o melena, cuyo origen se encuentre entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodenoyeyunal, además de las que producidas en un órgano vecino, vierten su contenido en el aparato digestivo por conductos naturales (árbol biliopancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) en el tramo limitado por los dos puntos referidos.¹

Este síndrome sigue constituyendo un problema de salud actual como urgencia médica, al ser ingresados casi a diario pacientes con este padecimiento y con edades predominantes en la tercera edad,² lo cual, en no pocas ocasiones, obliga al cirujano u otros médicos que lo tratan a un seguimiento y vigilancia estricta por descenso importante en las cifras de hemoglobina o afectaciones en la hemodinamia del paciente que pudiera conllevar a cirugía de urgencia.

Esto obliga a una endoscopia temprana para determinar el sitio y causa del sangramiento, una vez que sus condiciones hemodinámicas sean estables, y si hay una evidencia clínica de un sangrado continuo esta se debe hacer con mayor urgencia.³

Con este trabajo se decidió realizar un estudio que permita analizar el comportamiento de los pacientes con SDA en un hospital clinicoquirúrgico docente y, en dependencia de los recursos disponibles, tanto de índole diagnóstico como terapéutico, mejorar su enfoque y obtener resultados superiores en su atención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en el cual el universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los pacientes ingresados en el Hospital Docente Clinicoquirúrgico «Joaquín Albarrán» con diagnóstico de SDA en el período comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2007, con ambos meses incluidos (2 años).

Técnicas y procedimientos

Recolección de la información

La información fue recogida por el autor del trabajo y, para tal efecto, se utilizó un formulario previamente diseñado que después fue vertido en formato digital donde se codificaron los datos.

Previamente se elaboró el listado de los expedientes clínicos tomándolos de las tablas o tarjetas de codificación hospitalaria; esta solo recepciona los casos como sangramiento digestivo sin especificar, por lo que tuvo que ser revisada la totalidad de 218 casos, que constituyó el universo, de las cuales 63 pertenecían a sangramiento digestivo bajo y 155 a lo que motivó este estudio.

Procesamiento de la información

La información se procesó en una computadora Pentium 4 de forma automatizada, mediante el empleo del programa estadístico SPSS versión 11.0.

Análisis de la información

Se utilizó la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias en las variables cualitativas. Fueron calculadas las frecuencias absolutas y relativas para cada una de las categorías de las variables de interés. Las proporciones fueron comparadas con la prueba de independencia u homogeneidad. Para todas las pruebas de hipótesis se fijó un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

Una vez procesado los datos fueron llevados a tablas para el análisis de los resultados y poder llegar a conclusiones.

RESULTADOS

El promedio de edad de esta serie fue de 62,3 años. El grupo que mayor representatividad tuvo según la agrupación en decenios fue el comprendido entre los 70 y 79 años, seguido del de 80 a 89 años. La máxima encontrada fue de 94 años, y el paciente más joven con 18 años. El sexo de estos pacientes evidenció un predominio en el masculino con 98 casos (63,2 %).

En sus antecedentes patológicos personales fue común encontrar variadas patologías. En la tabla 1 se exponen los encontrados en este estudio. La mayor incidencia se observa en la hipertensión arterial (HTA) con 66 casos (42,6 %), seguido de úlcera péptica en 55 casos (35,5 %), la historia de sangrado anterior en 43 casos (27,7 %) y las gastritis en 32 (20,6 %).

Tabla 1. Antecedentes patológicos personales

Enfermedades crónicas	Cantidad	%
Hipertensión arterial	66	42,6
Diabetes	22	14,2
Cardiopatía	28	18,1
Asma	6	3,9
Sangrado anterior	43	27,7
Úlcera	55	35,5
Gastritis	32	20,6
Consumo de antiinflamatorios no esteroideos	30	19,4
Alcoholismo	19	12,3
Otros medicamentos	9	5,8
Anemia crónica	2	1,3
Hepatopatía crónica	14	9,0
Operado de ligadura de várices	3	1,9
Operado de úlcera	2	1,3
Otras enfermedades	56	36,1

Fuente: Historias clínicas del Departamento de Archivo del Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán».

Es notorio también la alta incidencia de enfermedades cardiovasculares. Obsérvese que si se sumaran los pacientes que padecían HTA (42,6 %) con los que refirieron algún tipo de cardiopatía (18,1 %) se llegaría al 60,7 % de frecuencia de enfermedades de este tipo.

Una vez hechas las observaciones necesarias, en cuanto a los antecedentes patológicos más frecuentes, es de destacar lo siguiente: la historia de un sangramiento digestivo (27,7 %) o de otras enfermedades gastroduodenales,

potencialmente, sangrantes como úlcera péptica (35,5 %), gastritis (20,6 %), operación de ligaduras de várices (1,9 %), y de úlcera péptica (1,3 %) fue encontrado en 135 pacientes (87 %); lo que hace plantear que casi siempre que ocurra una HDA se recogerá al interrogatorio algún antecedente orientador vinculado al posible origen del sangrado.

El examen complementario más utilizado en los casos estudiados, además de la obligada determinación de hemoglobina, fue el electrocardiograma. Hubo un bajo número de realización de endoscopia las cuales solo se hicieron al 25,16 % de los casos.

El resultado del examen endoscópico en las 39 endoscopias realizadas mostró 83 observaciones, por tanto, lo común fue que cada paciente presentara más de una lesión.

Los principales hallazgos fueron duodenitis en 26 casos (31,3 %) y gastritis 25 (30,1 %), ambas lesiones erosivas de la mucosa gastroduodenal, que sumadas representan el 61,4 % de los casos a los que se les hizo endoscopia.

En esta revisión la úlcera duodenal tuvo una discreta mayor incidencia que la gástrica con el 15,7 % y el 12,1 % respectivamente, y entre ambas sumaron un 27,8 %.

En la tabla 2 se muestra el tratamiento aplicado a estos pacientes donde es evidente que la medida terapéutica más utilizada fue la canalización de una vena periférica e hidratación con restablecimiento de volumen, que sucedió en el 89,7 % de los casos. La colocación de sonda nasogástrica con o sin lavado gástrico alcanzó el 85,1 %.

Tabla 2. Tratamiento

Métodos	Cantidad	Porcentaje
Sonda de Levine	132	85,1
Sonda de Sengstaken	2	1,3
Enemas evacuantes	85	54,2
Uso de cimetidina	33	21,3
Uso de ranitidina	111	71,6
Uso de omeprazol	41	26,5
Transfusión	78	50,3
Glóbulos	73	47,1
Plasma	7	4,5
Hidratación	139	89,7
Antiácidos	26	16,8
Aminas presoras	1	0,6
Vitamina K	15	9,7
Tratamiento quirúrgico	7	4,5
Otros	10	6,5

Fuente: Historias clínicas del Departamento de Archivo del Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán».

En este estudio el medicamento más utilizado fue la ranitidina (71,6 %) seguido del omeprazol (26,5 %) y la cimetidina (21,3 %). El enema evacuante se realizó en el 54,2 % de los pacientes.

La transfusión se realizó en el 50,3 % del total de los casos, estando presente la administración de glóbulos en el 47,1 % y de plasma en el 4,5 %. Fueron sometidos a tratamiento quirúrgico 7 pacientes que representan el 4,5 % de los casos.

En la tabla 3 se muestra la relación entre los pacientes a quienes les fue posible realizar endoscopia y que se les administró tratamiento para la infección por *Helicobacter pylori*, y fueron solo al 23,1 % de los diagnosticados con úlcera duodenal, y al 20 % con úlcera gástrica o gastritis, así como al 15,4 % de los que tenían duodenitis, sumando un total de 17 diagnósticos que representan el 20,48 % de los 83 realizados mediante endoscopia.

Tabla 3. Pacientes que recibieron tratamiento contra *Helicobacter pylori*

Diagnóstico endoscópico	Total	Tratamiento contra <i>Helicobacter pylori</i>	
		No.	%
Úlcera gástrica	10	2	20
Úlcera duodenal	13	3	23,10
Gastritis	25	5	20
Duodenitis	26	4	15,40
Hernia hiatal	2	0	0
Esofagitis	1	0	0
Otros diagnósticos	1	0	0
No diagnósticos	5	3	60
Total	83	17	20,48

Fuente: Historias clínicas del Departamento de Archivo del Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán».

El estudio de la estadía hospitalaria de los pacientes mostró que la mayoría de los pacientes permanecieron ingresados 6 días o más.

DISCUSIÓN

El SDA es un síndrome sobre el cual muchos estudios se han realizado, y se ha escrito en búsqueda de una mejor caracterización y resultados en su tratamiento, producto de su alta incidencia y ser letal. Es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedades del tracto gastrointestinal⁴ y de emergencia médica.⁵

La edad de los pacientes con SDA en la mayoría de las publicaciones revisadas es mayor o igual a los 60 años,^{1,4,6} con lo cual coincide este estudio; aunque a veces se informan promedios de edad inferior a los 60 años.^{5,7}

Al parecer el envejecimiento de la población a escala mundial ha hecho que los pacientes con este síndrome se encuentren, de manera fundamental, en la tercera edad, aunque no es patognomónico de esta.

Existen reportes que coinciden con lo observado en cuanto a la frecuencia con que se afecta el sexo masculino;⁵⁻⁷ otras revisiones tanto nacionales¹ como extranjeras⁸ apuntan a un mayor número de casos en mujeres, lo que explica este hecho que constituyen ellas el grupo de pacientes de mayor consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), lo cual guarda una estrecha relación con la aparición de SDA y su posible evolución desfavorable;¹ sin embargo, otros estudios no encuentran diferencias en relación al sexo de los pacientes.⁴

Los pacientes con SDA habitualmente no es el único problema de salud que presentan al momento de ocurrir el episodio de sangrado. Como se muestra en esta revisión, existe una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares, con reportes que coinciden con este trabajo;⁸ sin embargo, el consumo de AINE ocupa un lugar destacado en otros estudios por su alta incidencia^{7,9} no así en este.

Se ha planteado que se asocia a un incremento de 4 veces en el riesgo de hemorragia gastrointestinal que sumado a su uso muy difundido, determinan que sea la clase de fármacos relacionados con más frecuencia en la hemorragia digestiva alta (HDA)¹⁰ y dentro de estos el AAS.⁴

Rego Hernández⁴ plantea que: «el uso de AINE es frecuente por diversos dolores músculo-esqueléticos y artropatías muy padecidos por el adulto mayor que resulta especialmente susceptible no solo por su edad, sino que también es el que más medicamentos consume y por tanto tiene mayores posibilidades de sufrir una reacción adversa, además de que las consecuencias suelen ser mayores debido a que con la edad disminuye la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos».

La incidencia de úlcera péptica pudiera resultar mayor que la observada según otros autores,¹¹ al igual que el alcoholismo^{1,11} que de alguna manera se considera un hábito tóxico potencialmente predisponente.^{8,10}

Se plantea que el sangramiento anterior predispone a mayor riesgo de un nuevo sangrado,¹⁰ en particular los pacientes cirróticos que sobreviven a un episodio de sangramiento tienen riesgo de resangrado del 60 % en un año.¹²

La casi totalidad de los autores revisados dedican espacio a el resangrado que ocurre durante la estancia hospitalaria y no a el aspecto que aquí se analiza que es el sangrado anterior no vinculado a este episodio en el tiempo, y por causas relacionadas o no con esta.

Si bien el diagnóstico clínico de un SDA es habitualmente fácil de realizar, este debe apoyarse en medios diagnósticos que lo confirmen y sobre todo aclaren de qué sitio del tubo digestivo superior procede y cuál es su causa.

Al respecto no existen dudas del valor de la endoscopia, que resulta el medio fundamental de diagnóstico actual. Su seguridad como procedimiento, refinamiento anatómico y su capacidad para obtener muestras de tejido, soportan su uso como principal instrumento diagnóstico.¹³

En la práctica todo paciente con HDA debe ser sometido a una endoscopia digestiva alta, una vez que sus condiciones hemodinámicas sean estables y, si hay una evidencia clínica de un sangrado continuo esta, se debe hacer con mayor urgencia. Una endoscopia temprana dentro de las 24 h de la presentación ha demostrado

reducir la utilización de más recursos y entre estos el requerimiento de transfusión.¹⁴

La alta frecuencia de realización del electrocardiograma en esta revisión es explicable por la edad de los pacientes, donde predominaron los que tenían 60 años o más y con patologías cardiovasculares asociadas como se mencionó, que alerta de una posible isquemia miocárdica al médico de asistencia por anemia aguda. El motivo de la baja incidencia de realización de endoscopia fue producto de la no disponibilidad de esta en las urgencias y pocas veces en electivo.

Las gastritis hemorrágicas, aunque frecuentes en muchos estudios, en ninguno de la literatura revisada fue la causa mayoritaria de SDA, fue más bien una segunda⁶ o tercera causa¹ y en ocasiones mencionadas como otras causas⁴ a diferencia del resultado de esta revisión.

Estas lesiones pueden ser por diversas causas, pero, en la actualidad, se invoca un papel importante en su etiología a la infección por *Helicobacter pylori*. La causa comúnmente reportada como más importante es la enfermedad ulceropéptica,^{6-8,15} en la mayoría de las ocasiones predominó la úlcera gastroduodenal,^{4,6} y en otras la gástrica,¹¹ y en ocasiones concomitando ambas.¹ Llama la atención que patologías comúnmente mencionadas como causa de HDA como várices esofágicas⁴ y síndrome de Mallory-Weiss^{4,6} no fueron reportadas.

La alta incidencia de canalización de vena periférica con restablecimiento de volumen es explicable, o por el posible mal estado general de los pacientes manifestado en alteraciones de la hemodinamia o, por el contrario, por la preferencia de los cirujanos en garantizar una vena y administrar líquidos, en tanto se colocaba una sonda nasogástrica para determinar si había sangramiento activo o no. Varios autores coinciden en cuanto a la colocación inmediata de 1 o 2 catéteres periféricos gruesos e iniciar reposición de volemia antes de la evaluación propedéutica.³

La colocación de sonda nasogástrica constituye una medida diagnóstica al confirmar la presencia de sangre en la cavidad gástrica y también terapéutica al realizar lavado gástrico con agua fría, el cual tiene efecto vasoconstrictor y por tanto hemostático en estos casos.

El lavado gástrico con solución salina fría a una temperatura de 6 a 8 °C disminuye el flujo vascular al estómago y la acidez gástrica, circunstancias que propician la hemostasia espontánea. También pudiera ser útil en determinados casos de hemorragia profusa que se sospeche de origen no varicela, administrar aminas presoras junto con solución salina y dejándolo durante unos minutos en contacto con la cavidad gástrica.

No obstante, hay autores que realizan el lavado con suero a temperatura ambiente, por considerar que el uso de suero frío no mejora el control de la hemorragia.¹⁶ Otros no utilizan la sonda nasogástrica para el lavado (utilizándola solo para aspirar)³ o no están de acuerdo con eso, ya que plantean que puede facilitar una neumonía por aspiración o crear artefactos en la mucosa por la succión, pudiendo llevar a confusión diagnóstica.¹⁷

El tratamiento farmacológico en estos casos (bloqueadores H₂, inhibidores de la bomba de protones, somatostatina u octreótido), no se realiza pensando en un efecto hemostático,⁴ pero sí se considera importante en la reducción farmacológica de la acidez a un nivel mayor de 4 en el pH (encima del nivel proteolítico de la pepsina) y mejor cuando se mantiene con pH neutro, puesto que el ácido inhibe la

agregación plaquetaria y causa desagregación de estas, acelera la lisis del coágulo y altera la integridad de la barrera moco-bicarbonato y, más recientemente, se ha notado que la supresión de ácidos puede favorecer una antifibrinólisis.³

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son en la actualidad considerados como los que producen supresión ácida más profunda y sostenida, sin el desarrollo de tolerancia como ocurre con los bloqueadores H₂. Puesto que las bombas de protones se activan continuamente y la vida media plasmática de estos fármacos es corta se aconseja el uso de infusión endovenosa continua¹⁸ en altas dosis (bolo de 80 mg de omeprazol) seguido de una dosis de 8 mg/hora durante los primeros 3 días de tratamiento continuando con tratamiento endoscópico en pacientes con hemorragia por úlceras con estigmas de alto riesgo.^{3,16}

Incluso si no hay recidiva hemorrágica en las siguientes 24 h se puede pasar el tratamiento a vía oral.¹⁶ Se plantea también que reducen la recidiva y modifican el pronóstico, y en cuanto a la técnica quirúrgica ha cambiado con la introducción de IBP abandonándose prácticamente la cirugía resectiva.⁶

Los antagonistas H₂ se ha planteado que no son eficaces en la prevención de la recidiva hemorrágica y su uso solo es útil en el inicio de la cicatrización.¹⁹ La mayor utilización de anti H₂ que de IBP encontrada en esta revisión parece obedecer a la disponibilidad de estos medicamentos.

La realización de enema evacuante se observa como excesiva pues este proceder solo tiene indicación en los enfermos con várices esofágicas a consecuencia de una CH, en la cual puede ocurrir encefalopatía hepatoamoniaca; de hecho, en la literatura revisada, no se encontró mención en cuanto a su realización. Pudiera encontrarse cierta justificación de esta alta frecuencia en la carencia de disponibilidad de endoscopia de urgencia, y pocas veces en electivo lo cual obliga cuando haya sangramientos profusos a siempre considerar la posibilidad de existencia de várices esofágicas.

En los últimos años existe tendencia a una conducta restrictiva en cuanto a la transfusión por plantearse que la rápida reposición de la volemia puede dificultar la hemostasia e incluso precipitar la recidiva de la hemorragia.¹⁶

Existen además estudios que sugieren que la transfusión precoz anula la hipotensión compensadora, la cual proporciona la estabilidad del coágulo formado en la lesión ulcerosa y mantiene la hemostasia.

El tratamiento quirúrgico en pacientes con HDA se suele reservar para los que presentan hemorragia importante que no muestran respuesta al tratamiento de apoyo hemodinámico inicial, lavado gástrico con agua fría y, en ocasiones, la administración de amins presoras en cavidad gástrica; también ante el fracaso del tratamiento endoscópico¹³ o la recidiva del sangrado en la estancia hospitalaria. Debe ser valorado en especial en los pacientes con enfermedades asociadas graves y de avanzada edad; sin embargo, hay publicaciones que informan de pocos casos que reciben tratamiento quirúrgico a pesar de una adecuada respuesta a la reposición de cristaloides, coloides y sangre, debido a la poca decisión del equipo médico en acudir a la cirugía.²⁰

La frecuencia con que fueron sometidos estos pacientes a tratamiento quirúrgico es comparativamente más baja que las halladas en varias publicaciones, oscilando desde el 3,6 % (5), 5 % (16), 6,6 % (6), 10 % (15), 15-30 %.²¹

Cuando se está frente a un paciente con riesgo clínico y endoscópico, alto de recurrencia deben trabajar en conjunto endoscopistas y cirujanos, ya que el éxito quirúrgico empeorará si la cirugía se demora,²², con episodios de hipovolemia y transfusiones repetidas.³

En el trabajo de *Fábregas*²³ sobre patogenia de la úlcera péptica, hace una revisión exhaustiva sobre el *Helicobacter pylori* y plantea que el mecanismo mediante el cual puede llegar a producir la lesión ulcerosa es motivo de controversia; no obstante, se considera que la erradicación de esta infección modifica la historia natural de la enfermedad ulcerosa péptica y previene la recurrencia de la úlcera gástrica y duodenal. Sin embargo existen pocos estudios prospectivos sobre el riesgo actual de resangrado tras la erradicación del *Helicobacter pylori*.²⁴ Algunos de estos estudios abogan por la erradicación como forma de reducir el riesgo de resangrado de la úlcera duodenal.²⁵ La infección por *Helicobacter pylori* debe ser determinada en todos los casos de HDA,¹⁶ pues se le considera una de las principales causas de esta.⁷ Se ha sugerido, incluso, realizar tratamiento erradicador en caso de HDA por *ulcus* duodenal sin necesidad de determinarlo.

La permanencia prolongada de estos pacientes en el centro asistencial puede estar determinada por la poca disponibilidad de endoscopia, pues se ha planteado que la realización temprana de esta dentro de las 24 h de la presentación reduce el tiempo de estancia hospitalaria,¹⁴ e influenciar además los avances que se han experimentado en el tratamiento endoscópico actual.⁷ *Montserrat Martí*⁶ plantea que los conocimientos actuales de la HDA están permitiendo el alta precoz con seguridad en los enfermos adecuados y que los enfermos no candidatos a esta son los más viejos y representan según su estudio el 45,5 %. También plantea que la estancia media alcanza los 21 días en los casos sometidos a cirugía resectiva, y en los grupos de alto riesgo. Otros¹⁵ reportan una estadía hospitalaria promedio de 5,8 días, aproximándose a la observada.

En resumen, las medidas generales de apoyo hemodinámico y la estrecha vigilancia de los pacientes pueden lograr salvaguardar sus vidas aunque no se disponga de un diagnóstico certero.

La realización de enema evacuante continúa siendo utilizada con una elevada frecuencia, a pesar de que en el momento actual no encuentra indicación como procedimiento terapéutico, si no se trata de várices esofágicas.

La infección por *Helicobacter pylori* y su asociación a las lesiones erosivas o ulcerosas de la mucosa gastroduodenal no fue en su totalidad asimilada en el pensamiento médico de los cirujanos, al ser tratada esta en menos de la cuarta parte de estos casos.

La función de la cirugía es cada vez menor en la terapéutica del SDA a pesar de ser uno de los pilares fundamentales para enfrentarlo.

La ausencia de endoscopia como medio diagnóstico ante una HDA influye en una estadía prolongada de estos pacientes durante su ingreso hospitalario, con mayor consumo de recursos en todo sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hierro González A, Jiménez Sanchez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med. [Seriada en Internet] 2003;42(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_4_03/med02403.htm
2. Balanzo Tintore J, Villanueva Sánchez C. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Barcelona: Ediciones Doyma; 2004.
3. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta Med Per. 2006;23(3).
4. 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. [Seriada en Internet] 2007;41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152007000300008
5. Samaniego C, Casco ET, Cristaldo CM. Hemorragia digestiva alta no varicosa. La experiencia del centro médico bautista. An Fac Cienc Med. 2005;38(4).
6. Montserrat Martí A. Hemorragia digestiva alta en pacientes con ulcera péptica y alto riesgo de resangrado. Evolución, tratamiento y factores pronósticos. [Monografía en Internet]. Universidad de Barcelona (UB); 2006. Disponible en: <http://www.tdx.cat/tdx-0209109141947>
7. Naddaf R, Folkmanas W, Requena T. Incidencia de hemorragia digestiva superior no variceal en el hospital general del oeste durante los años 2002-2006. GEN. 2008;62(2).
8. Mayer H, Brahin F, Flores Alzueta JT, Abdala Montoto OL, German Vélez G. Hemorragia digestiva: alta-diagnóstico y tratamiento. Tema libre. 79º Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires; 11-14 de noviembre de 2008.
9. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. Rev Esp Enferm Dig. 2007;99(5):275-9.
10. Dalton S, Sorensen H, Johansen C. Riesgo de Hemorragia digestiva alta en pacientes tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. CNS Drugs. 2006;20(2):143-51.
11. Basto Valencia M, Vargas Cárdenas G, Ángeles Chaparro P. Factores de riesgo que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. Rev Gastroenterol Peru. 2005;25:259-67.
12. Martínez H. Terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva alta por varices esofagogástricas. Gastro Enlared [en línea] 2005; Disponible en: <http://www.gastroenlared.com.ar/template.php?pag=/articulos/V9/HemorragiaDigestivaAlta.html>

13. Machuca MT, Fernández DL, Gómez MN, Bordon KB. La endoscopia en la hemorragia digestiva alta. Rev Posg VIa Cat Med. 2008;(180).
14. Chak A, Cooper GS, Hoyd LE. Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI hemorrhage. Gastrointest Endosc. 2001;53:6-13.
15. Palomino Besada AB, Suárez Conejera AM, Burunate Pozo M. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no variceal. Rev Cubana Med Milit. [Seriada en Internet] 2007;36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572007000200002&script=sci_arttext
16. Rodiles Martínez F, Lopez Mayedo J. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento clínico epidemiológico. Arch Med Camagüey. [Seriada en Internet]. 2004;8(6). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm>
17. Matlock J, Freeman ML. Non variceal upper GI hemorrhage: Doorway to diagnosis. Tech in Gastrointest Endos 2005;7:112-7.
18. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Systematic review and meta-analysis of proton pump inhibitor therapy in peptic ulcer bleeding. BMJ. 2005;330:568.
19. Gisbert JP, González L, Calvet X. Proton pump inhibitions versus H2-antagonists: a meta-analysis of their efficacy in treating bleeding peptic ulcer. Aliment Pharmacol Ther 2001;15:917.
20. Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampin 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?pid=S0034-74932008000400006&script=sci_arttext
21. Ichyanagui Rodríguez C. Hemorragia digestiva alta por patología no ulcerosa no variceal. Tema de Revisión. Enferm Apar Dig. 2002;5(4).
22. Feu Caballé F, Tares Quiles J. Hemorragia gastrointestinal. En: Farreras R. Tratado de Medicina Interna 2000 [CD-ROM] [Citado 2009 Abr 1]; Madrid: Harcourt; 2009.
23. Fábregas Rodríguez CJ. Patogenia de la úlcera péptica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.
24. Lai KC, Hui WM, Wong WM, Wong BC, Hu WH, Ching CK, *et al*. Treatment of Helicobacter Pylori in patients with duodenal ulcer hemorrhage long term randomized controlled study. Am J Gastroenterol. 2000;95(9):2225-32.
25. Gisbert JP, Abaira V. Accuracy of Helicobacter Pylori diagnostic test in patients with bleeding peptic ulcer: A systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2006;101:1-16.

Recibido: 8 de enero de 2010.

Aprobado: 26 de marzo de 2010.

Jean Le'Clerc Nicolás. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán».
Avenida 26 e Independencia, Puentes Grandes. Playa. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: jeanleclerc@infomed.sld.cu