

ARTÍCULO ORIGINAL

Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento

Upper digestive bleeding: current considerations about its diagnosis and treatment

MsC. Ernesto Casamayor Callejas,¹ Dr. Zenén Rodríguez Fernández² y Dr. José M. Goderich Lalán³

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 3er año de Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Informática en Salud. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Consultante. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El sangrado digestivo alto es una emergencia medicoquirúrgica frecuente, que suele ser diagnosticado mediante la endoscopia por vía oral y la radiografía de esófago, estómago y duodeno. **Objetivo:** Describir los resultados diagnósticos y terapéuticos en los pacientes ingresados por esa causa en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba durante el bienio 2007-2008. **Métodos:** Se hizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 88 pacientes hospitalizados con esa afección, tomando en cuenta variables seleccionadas. **Resultados:** La endoscopia por vía oral se efectuó a 56,8% de la serie y reveló que tanto la úlcera duodenal como las gastritis agudas y crónicas fueron las gastropatías predominantes según clasificación de Forrest III; en la radiografía de esófago, estómago y duodeno se observaron más comúnmente los pliegues engrosados. Excepto 6 pacientes (6,8 %) que fallecieron, los restantes mejoraron con el tratamiento durante una corta estadía. **Conclusiones:** A pesar de la efectividad de la prueba endoscópica, aún no puede realizarse a todas las personas con sangrado digestivo alto.

Palabras clave: sangrado digestivo alto, úlcera péptica, gastritis, várices esofágicas, endoscopia, tratamiento quirúrgico, atención secundaria de salud

ABSTRACT

Introduction: The upper digestive bleeding is a frequent medical surgical emergency that is usually diagnosed by means of oral endoscopy and the esophagus, stomach and duodenum x-ray. **Objective:** To describe the diagnostic and therapeutic results in the patients admitted by that cause in the General Surgery Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba during the biennium

2007-2008. **Methods:** A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 88 patients hospitalized with that affection was carried out, taking into account selected variables. **Results:** The oral endoscopy was made to 56,8% of patients of the series and revealed that both duodenal ulcer and acute and chronic gastritis were the predominant gastropathies according to classification of Forrest III. In the esophagus, stomach and duodenum x-ray thickened folds were the most commonly observed. Except for 6 patients (6,8%) who died, the rest of them improved with the treatment during a short stay. **Conclusions:** In spite of the effectiveness of the endoscopic test, it cannot still be made to all the people with upper digestive bleeding.

Key Words: upper digestive bleeding, peptic ulcer, gastritis, esophageal varices, endoscopy, surgical treatment, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo alto (SDA) es una emergencia médico-quirúrgica que tiene elevada morbilidad y una mortalidad no despreciable, a pesar de los avances actuales en relación con la conducta que se debe seguir.¹ Su incidencia aumenta cada vez más en todas las latitudes. En Estados Unidos es responsable de más de 300 000 ingresos hospitalarios anuales, mientras que en España se producen 62 000 episodios de sangrado digestivo alto y fallecen 4 000 pacientes por año.² La mortalidad por esta causa en forma general oscila alrededor de 10 % y su frecuencia está entre 50 y 150 episodios por cada 100 000 habitantes. Si bien en más de 70 % de los afectados el sangrado cesa espontáneamente, 30 % puede requerir tratamiento quirúrgico.³

La endoscopia digestiva se ha ganado la primera posición como procedimiento diagnóstico y en muchos casos terapéutico.^{2,4} Debe efectuarse como primera medida en la inmensa mayoría de los pacientes cuando hay signos de hemorragia persistente. Son contraindicaciones relativas: la intoxicación alcohólica aguda en un paciente no colaborador, la pérdida de sangre muy rápida que puede comprometer la capacidad de visualizar el recubrimiento mucoso del esófago, estómago y duodeno, o la dificultad al paso del endoscopio por alguna lesión obstructiva del esófago distal. Salvo estas excepciones, es posible realizarla de urgencia en 97 a 98 % de los casos.^{4,5} Sin embargo, el mejor momento para hacerla debe ser definido clínicamente no solo para realizar un adecuado diagnóstico, sino también una acción terapéutica si está indicada.⁶

El procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre su continuidad o recidiva lo constituye la exploración endoscópica. Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, algunos autores^{2,4,6} establecieron la clasificación siguiente:

- I- Hemorragia activa
 - Ia- Hemorragia activa con sangrado a chorro (arterial)
 - Ib- Hemorragia activa con sangrado babeante (venoso)
- II- Hemorragia reciente
 - IIa- Hemorragia reciente, lesión con vaso visible
 - IIb- Hemorragia reciente, lesión con coagulo adherido
 - IIc- Hemorragia reciente, lesión con mancha pigmentada
- III- No estigma de sangrado

Con la aplicación de acciones activas sobre episodios de sangrado, a través de la endoscopia, se logra disminuir el índice de resangrado, la estadía hospitalaria, así como la necesidad de transfusiones y de intervenciones quirúrgicas de urgencia.^{4, 5} Su uso terapéutico para el control del sangrado digestivo alto ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan difícil, por cuanto es muy importante identificar a los pacientes en quienes el sangrado continúa o reincide. La endoscopia es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en 90 a 95 % de los pacientes, con una morbilidad menor de 0,01 %.⁶

La radiografía de esófago, estómago y duodeno con contraste baritado es un método diagnóstico que se utiliza cuando la endoscopia no se puede realizar por falta de accesibilidad o estar contraindicada. El diagnóstico radiográfico se basa, en la mayoría de los pacientes, en la demostración del cráter ulceroso, siendo junto con la endoscopia las únicas técnicas que demuestran la lesión ulcerosa.⁷

Dentro del área hospitalaria, la evaluación inicial del enfermo incluye una anamnesis detallada del episodio hemorrágico y antecedentes previos del paciente, aunque es un error asumir que si este tiene una enfermedad conocida, el sangrado sea resultado directo de aquella.^{8, 9}

En las últimas dos décadas, el tratamiento del SDA se ha refinado enormemente, hasta el punto de que los pacientes que sangran activamente, a partir de ulceraciones pépticas, presentan una supervivencia superior a 95 %. Sin embargo, el tratamiento actual no es tan satisfactorio en las várices esofágicas, gastritis hemorrágicas y úlceras producidas por el estrés.¹⁰⁻¹²

Toda persona con hemorragia gastrointestinal debe ser hospitalizada. El éxito del tratamiento de los pacientes con hemorragias masivas depende de la capacidad del internista para valorar su estado general, de la magnitud del sangrado, de las medidas de reanimación y del tratamiento intensivo.^{10, 12-14}

Los modernos antisecretores a dosis intermitentes, como la ranitidina o los inhibidores de la bomba de protones, especialmente el omeprazol (que ha sido el más estudiado), no han logrado disminuir el riesgo de recidiva hemorrágica, ni las necesidades de cirugía; sin embargo, es conocido que la secreción ácido-péptica, por digestión enzimática proteolítica disuelve el coágulo y promueve una recidiva. Según estudios recientes se recomienda el empleo de omeprazol o pantoprazol.^{10, 12}

Teniendo en cuenta la alta incidencia actual del SDA, que causa numerosos ingresos de urgencia en los servicios de cirugía general y la existencia de diversas opiniones sobre la conducta que se debe seguir, justifica realizar este estudio con el objetivo de describir los resultados obtenidos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes ingresados por este síndrome en el citado centro hospitalario, como paso preliminar para realizar estudios multicéntricos que permitan establecer protocolos adecuados y unificar criterios sobre este importante problema de salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 88 pacientes con diagnóstico de sangramiento digestivo alto ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008. Se consideraron los resultados de la endoscopia por vía oral de acuerdo con la clasificación de Forrest y del estudio

radiográfico de esófago, estómago y duodeno, la estadía hospitalaria según el diagnóstico, así como el estado al egreso y los resultados de las variantes de tratamiento aplicadas.

Los datos de interés fueron tomados de las historias clínicas, recogidos en un formulario diseñado al efecto y ordenados atendiendo a las variables seleccionadas.

Variante de tratamiento 1

En este grupo se incorporaron los ancianos sin indicación de sedantes y a los que se le añadió al tratamiento un protector de la mucosa gástrica.

• Al ingreso

- Dieta suspendida
- Hidratación (soluciones cristaloides o coloides)
- Inhibidores de la secreción gástrica (anti H2)
- A) Cimetidina (ámpula de 300 mg): 1 ámpula por vía endovenosa (EV) cada 8 horas o, en su defecto,
- B) Ranitidina (ámpula de 50 mg): 1 ámpula por vía EV cada 8 h
- Sedantes: fenobarbital (ámpula de 200 mg) media ámpula diaria por vía intramuscular (IM)
- Protectores de la mucosa gástrica: sucralfato (tableta 1 g) 1 tableta cada 6 h

• Al segundo día

- Dieta de ulceroso más leche: un vaso cada 4 h
- Inhibidores de la secreción gástrica
- A) Cimetidina (tableta 200 mg): 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida y 2 a las 9:00 p.m. ó
- B) Ranitidina (tableta 150 mg): 1 tableta cada 12 h
- Sedantes: fenobarbital (tableta de 100 mg) 1 tableta a las 9:00 p.m.
- Protector de la mucosa gástrica: sucralfato (tableta de 1 g) 1 tableta cada 6 h
- Inhibidor de la bomba de protones, si no se usó anti-H2: omeprazol (tableta 20 mg) 1 tableta cada 12 h

• Al tercer día: Igual al segundo

Variante de tratamiento No. 2

• Al ingreso

- Dieta de ulceroso más leche (un vaso cada 4 h)
- Hidratación (soluciones cristaloides o coloides)
- Inhibidores de la secreción gástrica (anti H2)
- A) Cimetidina (ámpula de 300 mg): 1 ámpula por vía EV cada 8 h ó
- B) Ranitidina (ámpula de 50 mg): 1 ámpula por vía EV cada 8 h
- Sedantes: fenobarbital (ámpula de 200 mg) media ámpula diaria por vía IM

• Al segundo día: Igual al segundo día de la variante 1

• Al tercer día: Igual al segundo día

Variante de tratamiento 3

- **Al ingreso**

- Dieta de Sippy (leche 120 mL, alternar con 2 cucharadas de hidróxido de aluminio cada una hora) ⁶
- Hidratación (soluciones cristaloides o coloides)
- Inhibidores de la secreción gástrica (anti H2)
 - A) Cimetidina (ámpula 300 mg): 1 ámpula por vía EV cada 8 h ó
 - B) Ranitidina (ámpula 50 mg) 1 ámpula por vía EV cada 8 h
- Sedantes: fenobarbital (ámpula 200 mg): media ámpula diaria por vía IM
- Protector de la mucosa gástrica: sucralfato (tableta 1 g) 1 tableta cada 6 h

- **Al segundo día**

- Igual al segundo día de las variantes 1 y 2

- **Al tercer día**

- Igual al segundo día

Variante de tratamiento 4

a) Profilaxis de la encefalopatía hepatoamoniaca

- Sonda de Sengstaken-Blakemore
- Aspiración gástrica cada 3 h
- Enema evacuante cada 8 horas
- Antibioticoterapia
- Vitamina K (25 mg): 1 ámpula diaria por vía IM
- Magma de magnesio 30 mL cada 6 h

b) Indicaciones médicas para tratamiento quirúrgico

- **Primer día**

- Dieta suspendida
- Hidratación (soluciones cristaloides o coloides)
- Antibioticoterapia profiláctica
- Inhibidores de la secreción gástrica (anti H2)
 - A) Cimetidina (ámpula 300 mg) 1 ámpula por vía EV cada 8 h
 - B) Ranitidina (ámpula 50 mg) 1 ámpula por vía EV cada 8 h
- Sonda de Levine, aspiración cada 3 h, no menos de 72 h
- Sedantes: fenobarbital (ámpula 200 mg) media ámpula diaria por vía IM

- **Tercer día**

- Dieta de gastrectomizado
- Antibioticoterapia
- Inhibidores de la secreción gástrica
- Medidas generales

c) Pacientes con neoplasia de esófago o gástrica en los cuales se tomaron medidas generales para mejorar su estado hemodinámico.

RESULTADOS

Se realizaron endoscopias por vía oral a 50 pacientes, cuyos resultados fueron positivos de gastropatías en 42 de ellos (84%) con predominio de las diagnosticadas como úlcera duodenal, seguida de gastritis agudas y crónicas. En la **tabla 1** se aprecia que 30 integrantes de la serie (60%) correspondieron a la clasificación Forrest III por ausencia de estigmas de sangrado. Se hizo el estudio a los 8 afectados con várices esofágicas, 2 de ellos de la clasificación Forrest Ia por sangrado activo, a los cuales se les aplicó tratamiento esclerosante.

Tabla 1. *Diagnóstico por endoscopia oral y clasificación de Forrest*

Resultado	Ia		Ib		IIa		IIb		III	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	12	40,0
Úlcera gástrica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	16,7
Gastritis aguda erosiva	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0	6	20,0
Gastroduodenitis crónica agudizada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0
Várices esofágicas	2	100,0	4	44,4	1	100,0	0	0,0	1	3,3
Total	2	2,3	9	10,2	1	1,1	0	0,0	30	34,1

Obsérvese en la **tabla 2** que el estudio radiográfico contrastado del tracto digestivo superior se realizó a 58 pacientes (65,9%), donde preponderaron los pliegues engrosados, la deformidad del bulbo duodenal y la imagen de nicho ulceroso.

Tabla 2. *Diagnóstico radiográfico*

Estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno	No.	%
Pliegues engrosados	20	22,7
Deformidad del bulbo duodenal	15	17,0
Deformidad del bulbo duodenal, imagen de nicho ulceroso	9	10,2
Defecto de lleno, irregularidad de la mucosa antral	6	6,8
Prolapso de la mucosa gástrica	6	6,8
Hernia hiatal	2	2,3

En la **tabla 3** se aprecia que la primera variante de tratamiento fue la más utilizada (53 pacientes para 60,2 %), seguida de la 4 (16, para 18,2 %) en la que se incluyeron los 8 que presentaron várices esofágicas (50 %), y los 6 intervenidos quirúrgicamente (37,5%). Con la tercera variante fueron tratados 14 de los integrantes de la casuística (15,9 %).

Tabla 3. *Pacientes según diagnóstico y variantes de tratamiento*

Diagnóstico	Variante 1		Variante 2		Variante 3		Variante 4		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	25	47,2	2	40,0	4	28,6	2	12,5	33	37,5
Úlcera gástrica	8	15,1	1	20,0	2	14,3	1	6,3	12	13,6
Gastritis aguda erosiva	14	26,4	2	40,0	5	35,7	3	18,7	24	27,3
Gastroduodenitis crónica agudizada	6	11,3	0	0,0	3	21,4	0	0,0	9	10,2
Várices esofágicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	50,0	8	9,1
Neoplasia de esófago	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	2	2,3
Total	53	60,2	5	5,7	14	15,9	16	18,2	88	100,0

Como puede verse en la **tabla 4**, la mayoría de los pacientes 53 (60,2 %) tuvieron una estadía hospitalaria entre 1 y 5 días, cuyos diagnósticos más frecuentes fueron: úlcera duodenal (22, para 41,5 %) y gastritis aguda erosiva (14 para 26,4 %); otros permanecieron ingresados entre 6 y 10 días (23 para 26,1%) y un menor número (12, para 13,6%) presentó estadía prolongada.

Tabla 4. *Pacientes según diagnóstico y estadía hospitalaria*

Diagnóstico	1 - 5 días		6 - 10 días		11 -15 días		Más de 15 días		Total	
Úlcera duodenal	22	41,5	7	30,4	3	37,5	1	25,0	33	37,5
Úlcera gástrica	5	9,4	3	13,0	2	25,0	2	50,0	12	13,6
Gastritis aguda erosiva	14	26,4	8	34,8	2	25,0	0	0	24	27,3
Gastroduodenitis crónica agudizada	7	13,3	1	4,3	1	12,5	0	0	9	10,2
Várices esofágicas	5	9,4	2	8,7	0	0	1	25,0	8	9,1
Neoplasia de esófago	0	0	2	8,8	0	0	0	0	2	2,3
Total	53	60,2	23	26,1	8	9,2	4	4,5	88	100,0

La **tabla 5** muestra que la mayoría de los pacientes 82 (93,2 %) mejoraron con el tratamiento y solo 6 fallecieron (6,8 %), de estos: 4 con diagnóstico de várices esofágicas, uno con neoplasia de esófago y uno con gastritis hemorrágica aguda.

Tabla 5. *Pacientes según diagnóstico y estado al egreso*

Diagnóstico	Mejorado		Fallecido		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera duodenal	33	40,2	0	0,0	33	37,5
Úlcera gástrica	12	14,6	0	0,0	12	13,6
Gastritis aguda erosiva	23	28,0	1	16,7	24	27,3
Gastroduodenitis crónica agudizada	9	11,0	0	0,0	9	10,2
Várices esofágicas	4	4,9	4	66,6	8	9,1
Neoplasia de esófago	1	1,3	1	16,7	2	2,3
Total	82	93,2	6	6,8	88	100,0

DISCUSIÓN

En la casuística, se realizaron endoscopias por vía oral a 50 pacientes (56,8 % del total). En 8 de estos (9,1 %) fue normal, es decir, no se encontró lesión alguna y en los 42 restantes (47,8 %) predominó el diagnóstico de úlcera duodenal (15,9 %) seguida de la gastritis aguda erosiva y la gastroduodenitis crónica (10,2 y 6,8 %, respectivamente).

Llama la atención que en la serie estudiada solo se informan dos procedimientos terapéuticos endoscópicos, que consistieron en esclerosis de várices esofágicas sangrantes. A 38 pacientes (43,2 %) no se le realizó endoscopia por vía oral, por haber tenido diagnóstico endoscópico previo reciente o porque su estado hemodinámico o la edad no le permitieron cooperar con el estudio.

En cuanto a la clasificación de Forrest se señala que en 34,1% no hubo estigma de sangrado (F-III) y que en 10,2 % ocurrió en forma de babeo (F-Ib). Solo 2 pacientes (2,3 %) presentaron sangrado a chorro (F-Ia) en los cuales se tomaron las medidas de urgencia para su estabilización hemodinámica.

Conviene aclarar, y este trabajo así lo demuestra, que a pesar del esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud Pública de Cuba en la instalación de equipos endoscópicos y recursos tecnológicos de avanzada, en la red primaria y secundaria de atención de salud y la capacitación del personal en estas técnicas, no ha sido suficiente para garantizar este servicio las 24 horas del día, y son los horarios vespertinos, nocturnos y los fines de semanas los de mayor afluencia de enfermos con SDA a las unidades asistenciales.⁴ La exploración endoscópica precoz en los pacientes con SDA con fines diagnósticos y terapéuticos puede contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por este importante problema de salud.^{6, 10, 11}

La presencia de pliegues engrosados, observados en 22,7 % de los estudios radiográficos de esófago, estómago y duodeno con contraste baritado realizados, fue la lesión más frecuente, seguida de la deformidad del bulbo duodenal (17,0 %), lo que coincide con la bibliografía revisada, en la que se describe la deformidad del bulbo y la presencia de nicho ulceroso como las lesiones más comunes para hacer el diagnóstico de úlcera duodenal, y la presencia de pliegues engrosados en el caso de las gastritis.^{7, 11} En esta investigación se señala que no se efectuó este proceder a 53 integrantes de la serie (60,2 %), lo cual se relacionó con la forma de presentación del sangrado al ingreso, la clasificación de este, la inestabilidad hemodinámica del afectado y la preferencia de realizar la endoscopia por vía oral como medio de diagnóstico y terapéutico.

En relación con las variantes de tratamiento utilizadas según el diagnóstico, la primera de ellas fue la más utilizada, dado por 53 pacientes (60,2 %). En la cuarta variante se incluyeron 8 pacientes con várices esofágicas (50,0%), a los que se les realizó profilaxis de la encefalopatía hepatoamoniaca y 6 (37,5%) que fueron operados, en los cuales las técnicas quirúrgicas más utilizadas resultaron ser la ligadura del vaso sangrante, seguida de la vagotomía troncular con piloroplastia.

Se considera que la primera variante de tratamiento, en la que se suspende la vía oral desde el momento del ingreso, constituye la mejor opción, pues pone en reposo la mucosa gástrica, para luego del segundo o tercer día comenzar con la dieta de ulceroso más leche (un vaso cada 4 horas). En cuanto a la dieta de Sippy al ingreso,

utilizada en la tercera variante, tiene el inconveniente de no poner en reposo la mucosa gástrica, por lo que la evolución de la enfermedad es más lenta. Las hemorragias digestivas altas son autolimitadas en 80 a 85 % de los pacientes, el resto necesita una restitución intensa y mantenida, de líquidos y algún tipo de intervención, ya sea quirúrgica o endoscópica.^{12, 13}

Uno de los eventos más temidos de sangrado gastrointestinal alto es el causado por ruptura de várices esofágicas, por su alta letalidad, debido casi siempre a la gravedad de la hemorragia. Es un evento difícil de tratar por el médico, quien muchas veces no puede detenerla ni reponer las pérdidas de sangre tan rápido como se requiere; la colocación de una sonda con doble balón inflable (sonda de Sengstaken-Blakemore) es el método más usado para comprimir las várices esofágicas mediante taponamiento, aunque tiene sus oponentes.^{13, 14}

Ibáñez y Messmann^{13, 15} señalan la necesidad de operar 5 % de los pacientes con el síndrome de SDA, mientras en otras revisiones se encuentra hasta 11 %.^{13, 16} La ligadura del vaso sangrante y la vagotomía con piloroplastia es la intervención más frecuente. Este proceder, que resulta el más inocuo para el enfermo por la rapidez con que se ejecuta y su baja morbilidad posoperatoria, es el más empleado por los cirujanos que operan justificadamente a pacientes con SDA, como lo demuestran las diferentes series consultadas.^{12, 17, 18}

En el presente estudio, el promedio de estadía hospitalaria fue de 14,5 días, aunque la mayoría (60,2 %) estuvo entre 1 y 5 para los diagnósticos más frecuentes de úlcera duodenal, seguido de la gastritis aguda erosiva y de la gastroduodenitis crónica agudizada. Los pacientes que ingresaron con una hemorragia grave y no se compensaron en los primeros 10 días, a pesar del tratamiento médico, tuvieron una estadía prolongada (14,6 %). En algunas series se refiere que con el tratamiento médico empleado se ha logrado disminuir: estadía hospitalaria, morbilidad, letalidad, mortalidad, número de recidivas y operaciones de urgencia realizadas.¹⁶⁻¹⁸

La mortalidad por várices esofágicas se ha mantenido elevada en los últimos 50 años. Los autores de esta investigación concuerdan con otros estudios donde se plantea que solo una esclerosis de urgencia de las várices esofágicas disminuye relativamente la mortalidad.^{14, 18, 19}

En los mayores de 65 años, la mortalidad se duplica con respecto a la que ocurre en pacientes menores de esa edad; mientras que en los afectados por úlcera péptica, esofagitis o hemorragia de origen desconocido, se acumula de forma casi exclusiva en los ancianos.²⁰ Los 6 fallecidos de la serie alcanzaban la tercera edad, para una mortalidad de 6,8 %, lo que coincide aproximadamente con otras revisiones.¹⁸⁻²⁰ Las causas directas de la muerte fueron: bronconeumonía intrahospitalaria, tromboembolismo pulmonar y encefalopatía hepatoamoniaca (en 2 pacientes, respectivamente), relacionadas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares asociadas, y como causa indirecta, el sangrado.

A pesar de la efectividad de la prueba endoscópica, aún no puede realizarse a todas las personas con sangrado digestivo alto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodiles Martínez F, Javier López Mayedo F. Hemorragia digestiva alta. Comportamiento Clínico-Epidemiológico. Arch Méd Camagüey 2004; 8(6) <<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/931.htm>> [consulta 11 febrero 2009].
2. Arribas R. Endoscopia digestiva alta. Rev Esp Enfermer 2008;100 (7):50-5
3. Hettinger LA, McClung HJ. Hemorragia gastrointestinal. En: Wyllie R, Hyams S. Gastroenterología pediátrica, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 2 ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2001:75-83.
4. Hernández HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008 <http://bvs.sld.cu/libros/manual_endoscopia/indice_p.htm> [consulta 10 de julio de 2009].
5. Ananya Das MD, Richard CK, Wong MB. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointest Endosc 2004; 60 (1):85-93.
6. Hernández Ortega A, Sánchez Cruz JC, Álvarez Díaz M, Figueroa Vázquez A, Yanes Castellanos L. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados. Rev Med Electr 2006; 28(4) <<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol4%202006/tema05.htm>> [consulta: 10 febrero 2009].
7. Pedroso Mendoza LE, Vázquez Ríos. Imagenología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005; cap 5:61-6.
8. Hierro González A, Jiménez Sánchez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med 2003; 42(4): <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_4_03/med02403.htm> [consulta: 10 febrero 2009].
9. González C. Principales causas de sangramiento digestivo alto en la provincia Guantánamo. Rev Cubana Cir 1998; 27 (6):31-37.
10. Crespo Acebal L. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. Rev Cubana Med Intens Emerg 2002; 4(2):22-8.
11. Ríos E. Medición de la precisión diagnóstica en enfermedades con comprobación endoscópica. Cuad Hosp Clin 2004; 47(2):63-78.
12. Balanzó Tintoré J. Hemorragia digestiva alta: En: Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 2 ed. Madrid, 2006 <<http://www.manualgastro.es/>> [consulta: 11 enero 2009].
13. Ibáñez AL, Baeza PC, Guzmán BS, Llanos LO, Zúñiga DA, Chlanale BJ, et al. Tratamiento de la hemorragia digestiva alta de origen no variceal. Evaluación de 10 años de experiencias. Rev Chil Cir 1998; 50(4):370-8.

14. Velásquez Chamochumbi H. Hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas. Acta Med Peruana 2006; 23(3):156-61
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300006&script=sci_arttext> [consulta 11 enero 2009].
15. Messmann H, Schaller P, Andrés T. Effect of programmed endoscopic follow-up examination on the rebleeding rate of gastric or duodenal peptic ulcers treated by injection therapy: a prospective, randomized controlled trial. Endoscopy 1998; 30(7):583-9.
16. De la Mora Levy JG, Villagomez G, Sakai P. Manejo de la hemorragia del tubo digestivo alto. Rev Gastroenterol Mex 2006; 71(Suppl 2):28-35.
17. García A, Pardo G. Diagnóstico y conducta que se debe seguir en un sangramiento digestivo en Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007; vol 3:233-8.
18. Montero Pérez FJ. Manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. Rev Emergencias 2003; 14:19-27.
19. Morgan AG, Clamp SE. OMGE. International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1996. Scand J Gastroenterol 1998; 36 (Suppl 210):51-8.
20. 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 2008; 47(4) <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932008000400006&script=sci_arttext> [consulta 5 de febrero de 2009].

Recibido: 4 de noviembre 2009

Aprobado: 12 de enero de 2010

MsC. Ernesto Casamayor Callejas. Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Carretera del Caney Km 1½, Reparto Pastorita, Santiago de Cuba. CP 90400.
Dirección electrónica: zenen@medired.scu.sld.cu