

Endoscopia de urgencia en pacientes con episodio agudo de sangrado digestivo alto

Emergency endoscopy in patients with acute episode of high digestive bleeding

MsC. Kelly Riverón Quevedo,¹ Dra. Lianne González Ulloa^{II} y MsC. Armando Deborah LLorca^{III} MsC. Sixto Alain Dinza Cabrejas^I

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba. Cuba.

^{II} Policlínico Integral Comunitario "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Hospital General Docente "Emilio Bárcenas Pier", II Frente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para caracterizar a 48 pacientes con sangrado digestivo alto, confirmado mediante endoscopia de urgencia por vía oral en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero hasta agosto de 2012. En la casuística predominaron el sexo masculino (66,7%), el grupo etario de 51 a 70 años (47,9%), así como el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica (66,7%), seguida en menores porcentajes por las lesiones agudas de la mucosa gástrica y la rotura de várices esofágicas. Se aplicó tratamiento endoscópico en 27,1% de los integrantes de la serie, ninguno de los cuales presentó complicaciones atribuibles al procedimiento. La endoscopia de urgencia es la técnica de elección para diagnosticar y tratar precozmente afecciones hemorrágicas del trato digestivo superior, lo cual influirá de manera determinante en la no recurrencia de la hemorragia y en la disminución de la mortalidad por esa causa.

Palabras clave: sangrado digestivo alto, endoscopia oral de urgencia, terapéutica endoscópica, inyectoterapia combinada, ligadura de várices esofágicas, enfermedad ulcerosa péptica, lesiones agudas de la mucosa gástrica.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out to characterize 48 patients with high digestive bleeding, confirmed through an oral emergency endoscopy in the General Teaching Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" in Santiago de Cuba, from January to August of 2012. Male sex (66.7%), the age group 51 to 70 years (47.9%), as well as the diagnosis of peptic ulcerous disease (66.7%), followed in lower percentages by acute lesions of the gastric mucous and the rupture of esophageal varices prevailed in the case material. Endoscopic treatment was applied in 27.1% of the patients, none of whom presented with complications attributable to the procedure. Emergency endoscopy is the choice technique to diagnose and treat early hemorrhagic affections from the high digestive tract, what will decisively influence in no recurrence of hemorrhage and in the decrease of mortality due to that cause.

Key words: high digestive bleeding, emergency oral endoscopy, endoscopic therapy, combined injectotherapy, esophageal varices ligation, peptic ulcerous disease, gastric mucous acute lesions.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA), se define como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo duodenoyeyunal o de Treitz, de una intensidad suficiente como para manifestarse clínicamente por hematemesis y/o melenas. Se incluyen también aquellas hemorragias de los órganos vecinos, que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, por orificios naturales, como en el caso de las hemorragias del árbol biliar (hemobilias) o conductos pancreáticos (*hemosuccus*), o bien por orificios patológicos, como en las fístulas aortodigestivas.¹

Algunos pacientes con este síndrome comienzan con pérdidas de sangre roja por las heces (rectorragia o hematoquecia), debido a la intensidad de la hemorragia y/o rapidez del tránsito intestinal. Asimismo, otro grupo con pérdidas importantes de sangre por una HDA, manifestarán inicialmente un cuadro de mareos, debilidad general, hipotensión e incluso estado de choque, sin evidencia de hematemesis ni melenas. Ante un paciente con esas características se debe sospechar una HDA y se le deberá realizar un tacto rectal, así como introducirle una sonda nasogástrica para buscar restos de sangre en el tubo digestivo.¹

La causa más frecuente de sangrado digestivo alto (SDA) es la enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal, que representa alrededor de 70 % de los casos; pero también puede ser ocasionada por lesiones agudas de la mucosa gástrica (LAMG), várices esofagogástricas, gastropatía hipertensiva portal, duodenitis erosivas, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, tumores y lesiones vasculares, entre otras.¹

El uso de la panendoscopia oral para el diagnóstico, pronóstico y control de la hemorragia gastrointestinal, ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud. Esta es una técnica altamente sensible y relativamente fácil, que permite precisar el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95 %) con una frecuencia de complicaciones menor de 0,01 %. Permite determinar la persistencia o recurrencia del sangrado, sobre todo en los casos de úlceras pépticas, para lo cual es útil la clasificación de Forrest. Esta vía también permite realizar diferentes modalidades de tratamiento endoscópico en el sitio del sangrado.²

La HDA es la emergencia más frecuente en gastroenterología, pues por esta afección ingresan anualmente de 50 a 150 pacientes aproximadamente por cada 100 000 habitantes en los servicios de urgencia de los hospitales españoles y del Reino Unido. Por su parte, en los Estados Unidos de Norteamérica ocurren 300 000 ingresos hospitalarios cada año y en Cuba constituye de 10-20 % de los ingresos en los servicios de cirugía.³

Por todo lo anterior, el tratamiento de pacientes con SDA siempre ha constituido un asunto polémico y de actualidad, pues centenares de investigadores de diversas especialidades y países han incursionado en el tema y en la búsqueda de soluciones terapéuticas que permitan mejorar el pronóstico de este síndrome, cuya mortalidad ha

permanecido estable durante los últimos 30 años, con cifras que oscilan entre 8 y 12 % para las hemorragias de origen no variceal y entre 18 y 30% para las de origen variceal.¹⁻³

La importancia y actualidad de este tema están refrendadas por los cambios que se han suscitado en los últimos años en cuanto al conocimiento sobre SDA y al tratamiento de los afectados, donde se destaca de forma notoria el incremento en la edad de los enfermos sangrantes, las posibles modificaciones en la frecuencia y distribución causal de las hemorragias por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), la identificación de ciertos factores de pronósticos clínicos y endoscópicos, capaces de predecir con bastante exactitud la evolución y mortalidad de los pacientes, el desarrollo de la endoscopia terapéutica, la atención a estos enfermos en unidades especiales (unidades de sangrantes),⁴ así como la elevada incidencia de esta entidad clínica en Cuba en general y en Santiago de Cuba en particular.

Teniendo en cuenta que todavía existe una importante heterogeneidad en la atención a estos pacientes, lo cual puede ocasionar resultados clínicos diferentes, unido a la escasez de publicaciones relacionadas con el tema en esta provincia, los autores se sintieron motivados a realizar el presente artículo con el fin de caracterizar a 48 pacientes con sangrado digestivo alto, confirmado mediante endoscopia de urgencia por vía oral, según variables epidemiológicas, clínicas y endoscópicas, lo que sentaría las bases a investigaciones futuras, para así homogeneizar la conducta ante esta afección, mejorar la calidad de la asistencia médica que reciben estos pacientes y optimizar la utilización de recursos sanitarios.

MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo transversal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba desde enero hasta agosto de 2012.

El universo estuvo constituido por 48 pacientes con sangrado digestivo alto, tratados en el Servicio de Urgencias, que presentaban sangrado digestivo alto, a los cuales se les realizó panendoscopia de urgencia por vía oral, a fin de caracterizarles teniendo en cuenta variables epidemiológicas, clínicas y endoscópicas.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, de las cuales se tomaron los datos necesarios para el estudio y se recogieron en un modelo confeccionados al efecto; también se determinaron las variables siguientes: edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, manifestaciones clínicas, diagnósticos clínicos pre-endoscópicos, diagnósticos endoscópicos, terapéutica endoscópica realizada, complicaciones atribuibles al tratamiento endoscópico, resangrado y mortalidad. Durante las endoscopias orales de urgencia se utilizó la clasificación de Forrest.⁵

Los datos recogidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11.5.

RESULTADOS

Del total de integrantes de la casuística, 32 eran hombres (66,7 %) y 16 mujeres (33,3%), con una relación de 2:1 aproximadamente.

Los pacientes variaron en un rango de edad entre 17 y 91 años con un promedio de 65 años. Predominaron las edades comprendidas entre 51 y 70 años (47,9 %) y las de 71 o más (25,0 %); solo 4 pacientes eran menores de 30 años (8,3 %).

El antecedente patológico personal preponderante resultó ser la enfermedad ulcerosa péptica (16, para 33,3 %), seguida por el episodio de sangrado digestivo alto previo (9, para 18,8 %), de los cuales 6 presentaron úlcera péptica como causa de dicho episodio. Por otra parte, 7 pacientes refirieron antecedentes de gastritis crónica (14,6 %) e igual número lo hacía con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos. Solo uno de los afectados señaló haber padecido de neoplasia benigna gástrica previa al episodio de sangrado; mientras que 17 negaban antecedentes (37,4 %).

Como se observa en la tabla 1, el hábito tóxico más frecuente fue el de fumar (21, para 43,7 %), seguido por el consumo de café (18, para 37,5 %) y la ingestión de bebidas alcohólicas (15, para 31,2 %). Cabe destacar que muchos de los pacientes practicaban más de un hábito y en 18 de ellos no se recogieron estos antecedentes (37,5 %). También puede apreciarse que 66,7 % de los fumadores tenían el diagnóstico definitivo de EUP.

Tabla 1. Pacientes según diagnósticos y hábitos tóxicos

Diagnóstico endoscópico	Alcohol		Café		Fumar		Ninguno	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera péptica	10	66,7	11	61,1	14	66,7	10	55,6
LAMG			2	11,1	2	9,5	8	44,4
Varices esofágicas	4	26,7	3	16,7	4	19		
Angiodisplasia			1	5,6				
Pólipo gástrico	1	6,7	1	5,6	1	4,8		
Total	15	100,0	18	100	21	100,0	18	100,0

En la tabla 2 se observa que 10 pacientes iniciaron clínicamente con melena y la mayoría de estos (14,6%) tenían como diagnóstico endoscópico lesiones agudas de la mucosa gástrica. En 17 de los 18 afectados que presentaron hematemesis (35,4 %), la enfermedad ulcerosa péptica fue la causa del sangrado digestivo alto; asimismo, en la combinación de hematemesis y melena predominó el diagnóstico de úlcera péptica (11, para 22,9 %).

Tabla 2. Pacientes según diagnósticos y formas de presentación

Diagnóstico endoscópico	Melena		Hematemesis		Hematemesis y melena		Otras	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Úlcera péptica	1	2,1	17	35,4	11	22,9	3	6,2
LAMG	7	14,6			3	6,3		
Várices esofágicas	1	2,1	1	2,1	2	4,2		
Angiodisplasia					1	2,1		
Pólipo gástrico	1	2,1						
Total	10	100,0	18	100,0	17	100,0	3	100,0

La impresión diagnóstica clínica preendoscópica más común en esta serie resultó ser la enfermedad ulcerosa péptica (45,8 %), seguida por la sospecha de lesiones agudas de la mucosa gástrica (31,3 % del total) y de várices esofágicas (8,3 %); esta última ocupa uno de los 3 primeros lugares en las distintas series.

En la tabla 3 se observa que la úlcera péptica gastroduodenal fue el diagnóstico endoscópico predominante como causa de SDA (66,7 %), seguida por las LAMG y por el sangrado variceal (20,8 y 8,3 %, respectivamente).

También se describe la presencia de lesión angiodisplásica y pólipo gástrico (2,1 % para cada caso) como causas de SDA (4,2 % del total de casos). Otras causas no encontradas en este estudio son menos frecuentes que las anteriores.

Tabla 3. Pacientes según diagnóstico endoscópico

Diagnóstico endoscópico	No.	%
Úlcera péptica	32	66,7
Lesiones agudas de la mucosa gástrica	10	20,8
Sangrado variceal	4	8,3
Vasculares	1	2,1
Neoplasia benigna	1	2,1
Total	48	100,0

A 32 pacientes del total (tabla 4) se les diagnosticó úlcera péptica como causa del episodio de sangrado (66,7 %), de los cuales 17 pertenecían al grupo III de Forrest (53,1 %); 12 al grupo II (25,1%) y solo 3 pacientes, que presentaron sangrado activo durante la endoscopia de urgencia, al grupo IB (9,4 %).

Tabla 4. Pacientes según clasificación de Forrest para la úlcera péptica

Clasificación	No.	%
Forrest III	17	53,1
Forrest IIB	8	25,0
Forrest IIA	3	9,4
Forrest IB	3	9,4
Forrest IIC	1	3,1
Total	32	100,0

Según se muestra en la tabla 5, se aplicó tratamiento endoscópico en 27,1 % de los integrantes de la serie, ninguno de los cuales presentó complicaciones atribuibles al procedimiento.

La inyectoterapia única de epinefrina al 1/10 000 se empleó en 10,4 % de los afectados y se combinó con aethoxisclerol al 1,5% en 4 (8,3 %). A un solo paciente se le realizó polipectomía endoscópica como tratamiento definitivo (2,1 %) y a 2 de los 4

que tenían várices esofágicas se les hizo ligadura con bandas elásticas (4,2 %). A los otros 2 no se les indicó tratamiento endoscópico, pues a pesar de tener várices estas no eran la causa de sangrado, sino otras lesiones concomitantes.

Resulta oportuno señalar que del total de pacientes atendidos, ninguno presentó resangrado y no hubo fallecidos.

Tabla 5. Pacientes según terapéutica endoscópica

Terapéutica endoscópica	No.	%
No realizada	35	72,9
Inyección de epinefrina	5	10,4
Inyección combinada	4	8,3
Ligadura con bandas	2	4,2
Inyección aethoxisclerol	1	2,1
Polipectomía gástrica	1	2,1
Total	48	100,0

DISCUSIÓN

Hoy día, el sangrado digestivo constituye un problema médico que conlleva a una morbilidad y mortalidad significativas y a un elevado consumo de recursos sanitarios.

El procesamiento de las variables epidemiológicas, clínicas y endoscópicas permitió caracterizar a los 48 pacientes con SDA incluidos en esta serie, a los cuales se les realizó panendoscopia de urgencia por vía oral. De estos, 32 eran hombres y 16 mujeres, para una relación aproximada de 2:1.

Al respecto, en investigaciones similares se plantea que el sexo masculino es el más afectado, tal y como sucedió en este estudio. Esto pudiera estar relacionado con el hecho de que los primeros suelen estar más expuestos al hábito de fumar, a la ingestión de bebidas alcohólicas, al consumo elevado de café y al estrés; no obstante lo anterior, actualmente esta diferencia se reduce ya que el número de mujeres que fuman y beben aumenta cada vez más, además de que son estas las consumidoras por excelencia de antiinflamatorios no esteroideos; hallazgos que coinciden con los obtenidos por Hierro *et al*⁶ en su estudio.

En relación con esto último, Figueroa *et al*⁷ y Moctezuma *et al*,⁸ encontraron prácticamente una relación hombre/mujer de 1:1.

En esta casuística predominaron los pacientes mayores de 51 años, tal y como se plantea en distintas investigaciones a escala mundial.

La edad avanzada constituye un factor de pronóstico individual de riesgo de recidiva hemorrágica y de mortalidad en personas con sangrado digestivo alto. Actualmente, más de 45 % de los pacientes con esta afección son mayores de 60 años,^{7,8} lo cual se relaciona con el elevado consumo de ácido acetilsalicílico (ASA) y de antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de enfermedades articulares degenerativas, cardiovasculares, cerebrovasculares y otras frecuentemente padecidas por estos pacientes (pacientes pluripatológicos).⁹

Los AINES y el ASA, por sus acciones antiinflamatoria, antipirética, analgésica y antiagregante plaquetaria, constituyen medicamentos de amplia difusión en todo el orbe. Así, alrededor de 70 millones de prescripciones de estos fármacos se realizan cada año en EE.UU. y unos 25 millones en España, con tasas interanuales de crecimiento por encima de 5 %; ¹⁰ mientras que en Cuba también están entre los fármacos más prescritos, cuyo uso indiscriminado conlleva a un riesgo elevado de aparición de efectos adversos, entre los cuales los digestivos son los más usuales (gastropatías y úlceras por AINES).

Como ya se ha aclarado, entre los antecedentes patológicos personales primaron la enfermedad ulcerosa péptica y el sangrado digestivo alto previo; resultado que se encuentra frecuentemente en otras publicaciones y guarda relación con la historia natural recurrente de esta enfermedad, la cual presenta como complicación más común la HDA.

Varias series concluyen que aproximadamente 20 % de los pacientes ulcerosos sufrirán al menos un episodio de hemorragia en la evolución de su enfermedad y que la úlcera gastroduodenal es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta, que es la responsable de la mitad de los ingresos por esta causa en la mayoría de los centros hospitalarios. ¹¹

En los pacientes con SDA existe un elevado consumo de alcohol, cigarrillos y café y la mayoría practican más de un hábito tóxico a la vez, ¹¹ como lo observado en esta investigación.

El hábito de fumar retrasa la cicatrización de las úlceras pépticas, promueve las recidivas y aumenta el riesgo de complicaciones, pero no es un factor patogénico primario. Por otra parte, los mecanismos implicados en el efecto del tabaquismo sobre la enfermedad ulcerosa se han atribuido al aumento de la secreción ácida basal y estimulada, a las alteraciones en el flujo sanguíneo de la mucosa y la motilidad gástrica y a la reducción de la secreción pancreática de bicarbonato. ^{11, 12}

Algo similar ocurre con los bebedores que consumen más de 80 g/día, en los cuales el riesgo de HDA, en caso de presentar enfermedad ulcerosa, se multiplica por 4. En efecto, en este estudio 66,7 % de los que tenían este diagnóstico manifestaron ingerir bebidas alcohólicas.

El café no constituye un factor de riesgo demostrado para la aparición de SDA, pero se plantea que asociado a los otros hábitos mencionados (el de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas) potencia el efecto nocivo de estos; hallazgos que concuerdan con los obtenidos por otros autores. ^{7, 8, 11, 12}

Las formas clínicas de presentación más frecuentes son la melena, la hematemesis o la combinación de ambas. En la bibliografía médica consultada se plantea que son muy pocos los pacientes que teniendo un SDA presentan otras manifestaciones, tales como: mareos, debilidad general, hipotensión e incluso estado de choque, sin evidencia de hematemesis ni melenas, ^{1-3, 7-12} similar a lo encontrado en esta casuística.

El hecho de que en este estudio la causa más frecuente de SDA fue la enfermedad ulcerosa péptica se debe al incremento en el número de fumadores, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones. Algo similar ocurre con los bebedores que consumen más de 80 g/día en los cuales se multiplica por 4 el riesgo de hemorragia digestiva alta

(HDA) en patología ulcerosa. Otro factor que se considera determinante y que contribuye a mantener la mortalidad de SDA global, es el consumo de AINES los cuales actualmente forman parte del tercer grupo de fármacos más prescritos a escala mundial.^{1-3, 7, 10, 12}

Las lesiones agudas de la mucosa gástrica constituyen hasta 20 % de las causas de SDA, aunque habitualmente presentan un sangrado leve,^{7, 8} lo cual se corresponde con lo hallado en este estudio (20,8 %).

Entre los factores clínicos asociados con la existencia de estas lesiones figuran: la medicación con antiinflamatorios no esteroideos, la ingestión de alcohol o los pacientes en estado crítico. Otros autores refieren que las LAMG son la segunda causa de SDA en México.^{7, 8}

El consumo indiscriminado de alcohol, el incremento de las infecciones por el virus de la hepatitis C, la no desdeñable incidencia de la enfermedad grasa no alcohólica del hígado y otras causas de cirrosis hepática, han hecho que esta entidad clínica, lejos de disminuir su incidencia y prevalencia, se mantenga estable e, incluso, muchos autores informan un incremento en los últimos años. Una de las complicaciones más frecuentes que padecen estos pacientes es la hemorragia a causa de la rotura de várices esofágicas atribuible a hipertensión portal.¹⁰⁻¹³ En este estudio esta causa ocupó el tercer lugar en frecuencia (8,3%), 3 de estos pacientes padecían cirrosis hepática.

En un estudio efectuado en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,¹³ de 8 365 pacientes admitidos por episodio hemorrágico agudo (1994-2006), 18 % fue a causa de rotura de várices esofágicas, lo cual ocupa el tercer lugar después de las hemorragias asociadas a enfermedad ulcerosa péptica, como sucedió en esta investigación.

La realización de la panendoscopia de urgencia por vía oral deberá practicarse precozmente a todos los pacientes con HDA confirmada, una vez que se encuentren estables hemodinamicamente. El informe endoscópico deberá describir: tipo, tamaño y localización de las lesiones, estigmas de hemorragia reciente, así como presencia o ausencia de sangre fresca o digerida en el tracto digestivo explorado.^{1, 2, 14}

Este hecho permite estratificar a los pacientes en grupos según el riesgo de resangrado en función de los signos endoscópicos hallados, de manera que se actuará consecuentemente y se realizará una terapéutica endoscópica.

La clasificación de Forrest evalúa elementos endoscópicos de sangrado activo, reciente o ausencia de estos en presencia de lesión causal de SDA en el tracto digestivo superior (TDS) y desempeña una función pronóstica importante y en el manejo endoscópico a estos enfermos. A los efectos se clasifica a los pacientes en los tipos siguientes: IA y IB cuando presentan hemorragia activa; IIA, IIB y IIC cuando presentan estigmas de sangrado reciente y III cuando presentan lesiones que constituyen causas del SDA, pero no tienen las características anteriormente descritas.^{1-3, 11, 15}

Así, en los pacientes con sangrado activo arterial, en chorro o babeante, la probabilidad de recidiva hemorrágica es de 67-95 %; en los que presentan vaso visible no sangrante, de 35-55 % y en los que tienen coágulo rojo que taponan la lesión, de 25 %. La ausencia de los signos endoscópicos citados, así como la presencia de

manchas oscuras, puntos rojos o coágulos oscuros, indican un bajo potencial de recidiva hemorrágica que se sitúa alrededor de 5-7 %.^{11, 15}

En esta investigación no se relacionó esta clasificación con la recidiva hemorrágica ya que no se registró resangrado en ninguno de los afectados. A juicio de los autores este resultado guarda relación con el hecho de que predominan los pacientes con clasificaciones de tipos IIC y III, en los que se registra una baja probabilidad de resangrado; también pudiera corresponderse con el empleo adecuado de las técnicas endoscópicas aplicadas a los otros enfermos para yugular el sangrado y prevenir la recidiva hemorrágica.

Fueron tratados endoscópicamente 13 pacientes, a los cuales se les aplicó inyectoterapia, ligadura de várices con bandas y polipectomía endoscópica según las causas del SDA; mientras que el resto no requirió de esta intervención.

Actualmente, el tratamiento endoscópico del sangrado digestivo alto goza de gran difusión y aceptación. Entre las ventajas que aporta figuran: disminuye las necesidades de sangre, cirugías, estancia hospitalaria y los costos; permite controlar el sangrado en 90 % de los casos, independientemente de la técnica empleada y puede controlarse el resangrado con una segunda sesión.

El tratamiento endoscópico está indicado en la hemorragia digestiva por enfermedad ulcerosa péptica en:

- Úlceras con sangrado activo (Forrest IA y IB)
- Úlceras con vaso visible (Forrest IIA)
- Úlceras con coágulo adherido rojo (coágulo centinela) Forrest IIB.

En este último caso se realizará tratamiento endoscópico según la decisión del endoscopista, tomando también en consideración los criterios clínicos que orienten hacia una elevada probabilidad de resangrado.^{1, 2, 11, 14, 15}

La endoscopia de urgencia es el proceder de elección para diagnosticar y tratar precozmente afecciones hemorrágicas del trato digestivo superior, lo cual influirá de manera determinante en la no recurrencia de la hemorragia y en la disminución de la mortalidad por esa causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Iglesias JL, Yáñez López J, Souto Ruzo J. Hemorragia digestiva alta. En: Balanzó J, Armengol Miró JR, Herreras Gutiérrez JM, Muñoz Navas M, Monés Xiol J, Pérez Piqueras J, et al. Aproximación clínica al diagnóstico. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana; 2006.p.165-88.
2. Balanzó Tintoré J. Hemorragia digestiva alta. En: Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 2 ed. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología [citado 22 Jun 2012]; 2006. Disponible en: <http://www.manualgastro.es/index2aed.htm>
3. Feu Caballé F, Terés Quiles J. Hemorragia gastrointestinal. En: Farreras R, Rozman C. Principios de medicina interna. 15 ed. Madrid: Elsevier; 2004.p.276-82.
4. Das A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointes Endosc. 2004; 60(1): 85-93.

5. Palomino Besada A, Rodríguez Rodríguez I, Samada Suárez M, Pérez Parra V, Muller Vázquez ME, Cruz Orz A. Experiencias de la endoscopia de urgencia en el sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Med Milit. 1997; 26(2):116-21.
6. Hierro González A, Jiménez Sánchez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med. 2003; 42(4): 32-5.
7. Figueroa Rodríguez JC. Hallazgos endoscópicos en los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto. Rev Mex Gastroenterol. 2010; 20(6):282-4.
8. Moctezuma Maldonado U, Almeda Valdés P, Lizardi Cervera J, Morán Consuelos MA. Hemorragia del tubo digestivo alto. Experiencia en el hospital Médica Sur. Med Sur. 2008; 15(3):23-27.
9. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, Rittoles Navarro A, Villa M. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio de 365 pacientes. Rev Cubana Med Int Emerg 2002; 1:46-52.
10. Cabrera Romero G, Macedo Peña V. Hemorragia digestiva alta [citado 22 Jun 2012]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_10-1-2_Hemorragia%20digestiva.htm
11. Feu F, Brullet E, Calveta X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol. 2003; 26(2):70-85.
12. Brullet Benedí E, Campo Fernández de los Ríos R. Tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva: técnicas. En: Tratamiento de enfermedades gastroenterológicas. 3 ed. Madrid: Elsevier Doyma; 2011.p. 491-7.
13. Velázquez Chamochumbi H. Hemorragia digestiva por várices esófago – gástricas. Acta Med Per. 2006 [citado 24 Jul 2012]; 23(3): 156-61. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300006&script=sci_arttext
14. Hernández HR. Manual de endoscopia superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 24 Jul 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_endoscopia/indice_p.htm
15. García Valdés A, Gil Manrique LF, Brizuela Quintanilla R, García Vega ME, Pérez Reyes R. Índice modificado de Baylor. Experiencias de su uso en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cub Med Int Emerg. 2007; 6(1):633-44.

Recibido: 3 de septiembre de 2012.

Aprobado: 15 de septiembre de 2012.

Kelly Riverón Quevedo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: kellyr@hospclin.scu.sld.cu