



ENDOSCOPIA E IMAGEN

Sangrado de tubo digestivo alto no variceal

J. A. González-González

Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. José E. González"

Recibido el 25 de mayo de 2017; aceptado el 8 de junio de 2017

El sangrado de tubo digestivo alto no variceal (STDANV) es una de las entidades con mayor número de ingresos hospitalarios en los últimos años (2006-2012); las visitas a urgencias se han incrementado en 17%.¹

En un estudio de Corea se reporta que las variaciones climáticas durante el día podrían influir en la ocurrencia del sangrado, mas no las estaciones del año.^{2,3} Otro estudio informa que los hospitales que tienen un área definida para atender a estos pacientes con personal interesado en la patología tienen menores costos y el tiempo de estancia hospitalaria es más corto.⁴ Recientemente se evaluaron las variables al momento que el paciente ingresa al hospital. En un estudio de meta-análisis de 800,960 pacientes con STDANV, 76.4% ingresó en fin de semana (definido como a partir de las 6:00 pm del viernes hasta las 7:00 am del lunes) y presentó un incremento de la mortalidad de 12% (OR 1.12, IC 95% 1.08-1.16), más resangrado y estancia hospitalaria.⁵ En otro estudio multicéntrico se evaluó la gravedad del sangrado en pacientes fuera del horario laboral. Se estudiaron 2,118 pacientes (60% masculinos, edad promedio de 66 años) y se encontró que la necesidad de transfusiones, tratamiento endoscópico, cirugía/radiología y resangrado y mortalidad no fueron diferentes.⁶

Un estudio de la prevención del sangrado en pacientes críticamente enfermos diseñado como de no inferioridad,

multicéntrico, al azar en pacientes en UCIA con ventilación mecánica realizado en China utilizó cimetidina IV continua vs. esomeprazol 40 mg cada 12 horas e incluyó a 136 pacientes con IBP vs. 138 pacientes con cimetidina; el tiempo de tratamiento fue de 6 días. En 16 pacientes de cada grupo se encontró sangrado evidente de tubo digestivo y no hubo diferencias en los tratamientos ni efectos adversos.⁷

En relación con los marcadores para determinar gravedad en los pacientes con STDANV, tanto con variables únicas como múltiples, en un trabajo retrospectivo del grupo del Brigham Women Hospital, Boston, que evaluó el valor del BUN a las 24 horas posteriores al ingreso por STDANV e incluyó a 358 pacientes (edad promedio de 64 años y 54% de hombres), se observó un cambio en el BUN de -9.8 mg/dL (SD 12.5 mg/dL). Al comparar a los grupos en los que el BUN se elevó o no (39 vs. 319 pacientes), se identificó mayor mortalidad intrahospitalaria entre los primeros: 8% vs. 1%, $p = 0.03$. La elevación del BUN no fue significativa para resangrado (10% vs. 5%, $p = 0.18$), necesidad de cirugía (3% vs. 1%, $p = 0.44$) y reintervención endoscópica (5% vs. 3%, $p = 0.64$). El incremento del BUN a las 24 horas del ingreso refleja una baja/mala reanimación y es predictor único de mortalidad intrahospitalaria.⁸

Los pacientes que se presentan con STDANV grave y melena son un reto cuando los estudios iniciales no evidencian el

origen del sangrado. De una base de datos colectada prospectivamente, el Dr. Jensen estudió a 1019 pacientes con melena y concluyó que solo 5.8% de pacientes hospitalizados por STDANV y melena tenía lesiones sangrantes en intestino delgado o colon; 89% tenía lesiones en tubo digestivo superior.⁹

Cada vez es más frecuente encontrar artículos de predicción de pacientes con bajo riesgo de complicaciones. De acuerdo con lo anterior, se presentó un trabajo en el que se indican los factores más importantes en los pacientes con STDANV. Schembre y colaboradores estudiaron a 314 pacientes y demostraron que las comorbilidades eran el factor de mayor costo y estancia hospitalaria.¹⁰

En lo que respecta a los *scores* pronósticos para los pacientes con STDANV, encontramos un trabajo multicéntrico (Estados Unidos, Nueva Zelanda, Dinamarca y Singapur) en el que los *scores* de Rockall, AIMS 65, PNED y Glasgow-Blanchford se estudiaron por 1 año y se compararon con un *score* nuevo para predecir mortalidad a 30 días en pacientes con STDANV; incluyó a 3,012 pacientes (edad promedio 65 años, 58% hombres). El valor < 3 del nuevo *score* se determinó como bajo riesgo con una mortalidad de 0.7%, con un puntaje de 4-7 la mortalidad fue de 9.3% y de 34% con > 8. Este nuevo *score* clasifica a más pacientes con bajo riesgo que Rockall a la admisión y Glasgow-Blanchford. Cabe mencionar que el nuevo *score* tuvo un desempeño semejante en todos los centros; al parecer es mejor que los *scores* mencionados para predecir mortalidad a 30 días y no requiere estudio endoscópico.¹¹

En fecha reciente el Dr. D. Jensen publicó un estudio de asignación al azar del uso y el no uso de Doppler en pacientes con úlcera péptica y demostró que su empleo disminuye de manera considerable el resangrado a 30 días.¹² Se cree que este método de abordaje para el tratamiento de la úlcera péptica sangrante debe incorporarse en el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. Desde hace varios años el grupo del Dr. Jensen ha estudiado el valor del Doppler para decidir el tratamiento de los pacientes con úlcera sangrante y ha reportado sus resultados con y sin la aplicación del Doppler, los cuales son: resangrado 5.4% vs. 18%, cirugía 0% vs. 8% y mortalidad 0% vs. 5.4%. Debido al tamaño de la muestra y otras variables, estos resultados deberán corroborarse en otros estudios.¹³

Los accesorios actuales para hemostasia son variados: BICAP, hemoclips, clips que se colocan usando el endoscopio (OVESCO), Hemospray y otros polvos con efecto hemostático. Un estudio multicéntrico de nueve centros académicos europeos evaluó el uso de los clips que se colocan por endoscopia (OVESCO) en pacientes con resangrado. En él se designó al azar a los pacientes con resangrado a recibir nuevo tratamiento con OVESCO o con clips convencionales más inyección con adrenalina; el objetivo era hemostasia inmediata y a los 7 días. Se incluyeron 65 pacientes: 32 con hemoclips más inyección y 33 con OVESCO. La hemostasia inicial con clips más inyección fue de 62% vs. 96%, el resangrado a 7 días de 33% vs. 24% y no hubo resangrado en 30% vs. 81.5%, cirugía 6% vs. 3% respectivamente. Estos resultados preliminares parecen indicar un mejor rendimiento con OVESCO.¹⁴ En otro estudio del uso de OVESCO se evaluó su facilidad de aplicación según el sitio de sangrado en 44 pacientes, encontrando que es difícil de aplicar en la cara posterior del bulbo duodenal.¹⁵

El uso de polvos hemostáticos es de gran utilidad. Un trabajo multicéntrico de pacientes colectados prospectivamente utilizó Hemospray como monoterapia o terapia dual de rescate en STD. Incluyó 36 casos: H/M 27/9, STD alto 33, STD bajo 3; se administró monoterapia a 42%, terapia combinada a 47% y rescate hemostático a 11%. En 86% de los casos logró detenerse la hemorragia de manera inmediata, pero no es posible concluir datos a largo plazo (días o semanas).¹⁶

En lo que respecta a la urgencia con que debe practicarse una endoscopia superior en pacientes con STDANV, el grupo de la Cleveland Clinic reportó un meta-análisis que compara la evolución clínica de los pacientes sometidos a endoscopia superior antes o después de 12 horas de admitidos. Se evaluaron 299 estudios y se incluyeron 9 con un total de 3,411 pacientes. Se reportó que la endoscopia de urgencia en < 12 horas no se asocia con menor mortalidad a 30 días (OR 1.38, IC 95% 0.91-2.1, $p = 0.13$), pero el resangrado y la intervención por radiología o cirugía y las transfusiones fueron menores en el grupo de < 12 horas. Los autores concluyen que no encontraron diferencia en mortalidad.¹⁷

Otro punto relevante es la necesidad e indicación de hemotransfundir a un paciente con STD. A partir del reporte del Villanueva y colaboradores en el NEJM se han restringido las indicaciones de hemotransfundir a los pacientes. El Dr. Harms presentó un estudio en el que evalúa el comportamiento de las hemotransfusiones en los años 2012, 2013 y 2014-2015; aunque encontró que existe una disminución en la indicación y menor número de unidades de sangre transfundidas, estos cambios no se asociaron con una reducción de la estancia hospitalaria y la mortalidad.¹⁸

Podríamos concluir que lo más relevante de la semana de la AGA 2017 es que el número de ingresos a urgencias por STDANV se ha incrementado en algunos centros y que los criterios pronósticos para gravedad detectan mejor a los pacientes que no tendrán complicaciones. El uso de Doppler está por definirse, pero al parecer la tendencia es que debe tenerse en las unidades de endoscopia donde se trata a muchos pacientes con STDANV y alto riesgo.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este texto.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés para la realización de este trabajo.

Referencias

1. Chimanobi MA, Sarvepalli S, Kumar GS, et al. Incidence, admission rates and economic burden of adults visits for gastrointestinal bleeding: Data from the National Emergency Department Sample, 2006 and 2012. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Su 1128.
2. Jaeyoung C, Choi G, Soh H, et al. Emergency department visits for acute gastrointestinal bleeding and out-door temperature changes in Korea. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Tu 1704.

3. Prechter F, Bürger M, Lehmann T, et al. The influence of meteorological factor on the incidence of acute upper gastrointestinal hemorrhage. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Tu 1702.
4. Padhya K, Schembre D, Brabdabur J. Effect of a dedicated GI hospitalist on outcomes in acute upper GI bleeding: A single center experience. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Tu 1029.
5. Satiya J, Wang D, Donath E, et al. Impact of the weekend effect on overall mortality in patients presenting with upper gastrointestinal bleeding; A meta- Analysis. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Sa 1695.
6. Murray I, Stanley AJ, Dalton H. International prospective observational study of upper gastrointestinal hemorrhage: Does out-of-hours presentation affect outcomes? Sesión oral presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 328.
7. Qin X, Lou W, Rydholm H. The prevention of upper gastrointestinal bleeding in seriously ill Chinese patients: A randomised, double-blind study evaluating esomeprazol vs cimetidine. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Tu 1315.
8. Kumar NI, Claggett BL, Cohen AJ, et al. Increase in BUN at 24 hours is a solitary predictor of worse outcomes in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Mo 1164.
9. Jensen DM, Jensen ME, Markovic D, et al. Where is the bleeding site in patients with melena and severe GI hemorrhage? Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Su 1119.
10. Schembre DB, Padhya K, Ely RE, et al. Factors that delay discharge after admission for UGI Bleeding. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Su 1018.
11. Laursen SB, Laine L, Dalton H, et al. The international bleeding risk score: A new risk score that accurately predict mortality in patients with upper GI bleeding. Sesión oral presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 673.
12. Jensen DM, Kovacs TOG, Ohning GV, et al. Doppler endoscopic probe monitoring of blood flow improves risk stratification and outcomes of patients with severe nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 2017;152:1310-18.
13. Jensen DM, Jensen ME, Markovic D, et al. Is hemostasis with Doppler endoscopic probe guidance an improvement compared to visually guide treatment of severe ulcer hemorrhage? Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Su 1120.
14. Schmidt A, Goelder S, Messmann H, et al. Over-the-scope clips versus standard endoscopic therapy in patients with recurrent peptic ulcer bleeding and a prospective randomized, multicenter trial (Sting). Sesión oral presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. 629.
15. Stueckle J, Brueckner J, Probst A, et al. The effectivity of over the scope clip (OTSC) therapy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding; the influence of bleeding site and localization. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Mo 1109.
16. Alzoubaidi D, Magee C, Gulati S, et al. Outcomes from an international multicenter registry of patients with gastrointestinal bleeding undergoing endoscopic treatment with Hemospray. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Mo 1093.
17. Asfary MM, Sawas T, Sanaka MR. Urgent versus non urgent esofagogastroduodenoscopy in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Meta-Analysis. Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Mo 1127.
18. Harms M, Baxi A, Teng B, et al. Changes in transfusion practices in patients with upper GI bleeding. 2012-2015 Sesión de carteles presentada en DDW; 2017 mayo 6-9; Chicago, IL. Sa 1011.