

Sangrado digestivo alto en tiempos de Pandemia

Upper digestive bleeding in times of Pandemic

Víctor A. Sevilla-Lizcano*, Roberto Delano-Alonso, José de J. Herrera-Esquível, Julio A. Campos-Badillo, José M. Hernández-Márquez y Laura Malpica-Rivera

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Ciudad de México, México

Resumen

El sangrado digestivo alto tiene una alta prevalencia en la población mexicana, y en este tiempo de alerta epidemiológica, los procedimientos endoscópicos de urgencia continúan, dado así el sangrado digestivo alto tanto variceal como no variceal. El presente trabajo tiene como objetivo realizar una valoración sobre la casuística del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", sobre el sangrado digestivo alto, diagnóstico y manejo, desde el mes marzo 2020 al junio del presente. Los resultados obtenidos hasta el día de hoy se encuentran con 40 pacientes ingresados al Hospital con los siguientes resultados: 21 hombres, 19 mujeres, con edad mínima 31 años hasta máxima 83 años, con diagnóstico pre-endoscópico de Hemorragia No Variceal de 18 pacientes, y con 22 pacientes con Hemorragia de origen Variceal. El tratamiento que se realizó según la patología fue el siguiente: a 22 pacientes se les realizó ligadura variceal, a 2 se inyectó cianocrílato, por resangrado, y al grupo de sangrado no origen no variceal, a 11 pacientes requirió tratamiento hemostático con clip hemostático (de estos 4 requirió doble terapia inyección de adrenalina con clip) y por último 7 de los pacientes no requirió manejo terapéutico. Dentro de las complicaciones a 4 pacientes requirió una reintervención por complicaciones tempranas, siendo 3 por resangrado y una para revisión. Al final se tuvo una mortalidad de 3 pacientes de la casuística. Y el motivo de presentarlo en un congreso internacional es documentar la evidencia que existe como los resultados que se tienen en nuestro hospital.

Palabras clave: Sangrado digestivo. Diagnóstico. Complicaciones.

Introducción

El sangrado digestivo alto (HDA), tiene una mortalidad del 3.5% al 10%, en pacientes con sangrado no variceal^{1,2}. La meta principal con médicos especialistas en formación es identificar los pacientes que requiere intervención urgente, ej. endoscopia, cirugía, transfusión, o manejo ambulatorio^{1,3}. Los factores individuales más predictivos son antecedentes de malignidad o cirrosis, presentación con hematemesis, y signos de hipovolemia incluyendo hipertensión arterial, taquicardia y shock, y una hemoglobina 8 g / dL. Algunos

factores, como antecedentes de aspirina o el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)^{3,4}. El puntaje de Blatchford usa datos sobre urea y hemoglobina en sangre niveles, presión arterial sistólica, pulso, presentación con melena, presentación con síncope, historia de insuficiencia hepática²⁻⁴.

Metodología

en el presente estudio se analizó de manera retrospectiva los 40 pacientes, que se ingresaron al servicio de urgencias, medicina interna, cirugía general u otro

Correspondencia:

*Víctor A. Sevilla-Lizcano

E-mail: ask72slp@hotmail.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 31-07-2020

Fecha de aceptación: 14-08-2020

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):692-693

DOI: 10.24875/END.M20000315

www.endoscopia-ameg.com

servicio del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de marzo 2020 a junio 2020, con el diagnóstico de sangrado digestivo alto variceal, como no variceal. Los criterios de valoración clínicos predeterminados fueron el criterio de valoración compuesto de la necesidad de intervención hospitalaria (transfusión de glóbulos rojos, tratamiento endoscópico, radiología intervencionista o cirugía) o muerte, tratamiento endoscópico, mortalidad temprana, nuevas hemorragias dentro la duración de la estancia hospitalaria.

Manejo hospitalario

Los pacientes se incluyeron si se presentaban al hospital con evidencia de sangrado gastrointestinal superior definido por hematemesis, vómitos de café o melena^{1,2}. Se excluyeron los pacientes que desarrollaron sangrado gastrointestinal superior mientras estaban hospitalizados por otra razón. Todos los pacientes que se presentaron con hemorragia digestiva alta fueron evaluados inicialmente en el departamento de urgencias y después por los residentes de endoscopia^{3,5}. El manejo endoscópico en los pacientes con estigmas de alto riesgo de sangrado no variceal fue mediante inyección de adrenalina diluida (1:10,000) dentro y alrededor del punto de sangrado, clips endoscópicos, o ambos, pero no solo adrenalina^{5,6}. La ligadura con banda se realizó en casos de hemorragia esofágica o variceal gástrica, 7-8 g / dL o según las indicaciones del médico en pacientes con hemorragia grave^{7,8}.

Recolección de datos

Se recopilaron datos sobre pacientes consecutivos no seleccionados que se presentaron en el hospital con hemorragia digestiva alta durante un período de 4 meses entre marzo 2020 a junio 2020. Los datos recopilados incluyeron las características del paciente y las variables hemodinámicas y de laboratorio en la presentación necesarias para calcular los puntajes completos de Glasgow Blatchford. Se registraron los hallazgos endoscópicos.

Se registraron la transfusión de sangre, el tratamiento endoscópico y, al igual que una nueva hemorragia durante el internamiento del paciente, duración de la hospitalización.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis epidemiológico de acuerdo con los hallazgos encontrados. Apuntamos a un tamaño de

muestra adecuado para comparar todos los resultados predeterminados.

Resultados

Los resultados obtenidos hasta el día de hoy se encuentran con 40 pacientes ingresados al Hospital con los siguientes resultados: 21 hombres, 19 mujeres, con edad mínima 31 años hasta máxima 83 años, con diagnóstico preendoscópico de Hemorragia No Variceal de 18 pacientes, y con 22 pacientes con Hemorragia de origen variceal. El tratamiento que se realizó según la patología fue el siguiente: a 22 pacientes se les realizó ligadura variceal, a 2 se inyectó cianocrilato, por resangrado, y al grupo de sangrado no originario variceal, a 11 pacientes requirió tratamiento hemostático con clip hemostático (de estos 4 requirió doble terapia inyección de adrenalina con clip) y por último 7 de los pacientes no requirió manejo terapéutico. Dentro de las complicaciones a 4 pacientes requirió una reintervención por complicaciones tempranas, siendo 3 por resangrado y una para revisión. Al final se tuvo una mortalidad de 3 pacientes de la casuística.

Discusión

Con este estudio se pretende establecer la casuística del Hospital Dr. Manuel Gea González, y establecer un antecedente en el manejo de una de las urgencias más frecuentes en endoscopia, en un Hospital de formación de especialistas en la patología digestiva, encontrando que la mortalidad durante el internamiento de un paciente que ingresa por sangrado digestivo alto se encuentra en entre 2%, cuando la casuística en general se encuentra en un 8 a un 10%, que la Hemorragia digestiva variceal prevalece en muy a la par de Hemorragia no variceal, y que 87% requirió uno o dos procedimientos terapéuticos. Con una mortalidad del 10% durante la hospitalización.

Conclusiones

Lo importante que intentamos enfatizar en nuestra casuística es que a pesar de encontrarnos ante una alerta epidemiológica sin antecedentes en los tiempos modernos, la incidencia y morbilidad del sangrado digestivo alto ha prevalecido, durante estos 4 meses de pandemia, donde era de esperar que los pacientes continuarían ingresando a nuestro servicio por presentar esta importante enfermedad con un

variedad importante de patologías que la originan, prevaleciendo el sangrado digestivo alto de origen variceal como una de las principales causas de mortalidad de nuestra población.

Bibliografía

1. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointestinal endoscopy*. Volume 75, No. 6 : 2012
2. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointestinal endoscopy* Volume 80, No. 2 : 2014.
3. Ian M. Gralnek, Jean-Marc Dumonceau. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: a1–a46
4. Gianluca Rotondano, MD. Epidemiology and Diagnosis of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* - (2014)
5. Adrian J Stanley, Loren Laine. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ* 2019;364: I536
6. Wuerth, B.A., Rockey, D.C. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. *Dig Dis Sci* 63, 1286–1293 (2018).
7. Maliba Naseer, Karissa Lamber. Endoscopic advances in the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: A review. *World J Gastrointest Endosc* 2020 January 16; 12(1): 1-16
8. Lou Huhing Louis. Treatment of UGI bleeding in 2020: new techniques and outcomes. *Digestive Endoscopy*.