# LA ENDOSCOPIA PRECOZ EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ÚLCERA PÉPTICA. LA EFICIENCIA DE LA PRECOCIDAD

**Ángel González Galilea *, Carmen Gálvez Calderón *, Eva Iglesias Flores *, Antonio Naranjo Rodríguez **, Juan Francisco de Dios Vega ***.**
*: Médico Adjunto. **: Jefe de Sección. ***: Jefe de la Unidad Clínica.

Unidad de Hemorragias Digestivas. Unidad Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

No cabe ninguna duda de que la hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una causa de morbilidad y mortalidad relevante en los países occidentales. Su incidencia se sitúa entre 50 y 160 episodios por cada 100000 habitantes y año[1-5], que motivan alrededor de 250000 – 300000 ingresos anuales[1]. En nuestro país la incidencia alcanza los 160 episodios por 100000 habitantes y año[6]. Esta elevada frecuencia supone una gran demanda asistencial que condiciona aproximadamente la cuarta parte de los ingresos de una Unidad Clínica de Aparato Digestivo de un hospital de tercer nivel, un 7% de las admisiones médicas y el 3,5% de todos los ingresos hospitalarios[6].

La úlcera péptica (UP) se mantiene como causa de más de la mitad de los casos[6-8], siendo a su vez la HDA la complicación más frecuente de la UP[9]. A pesar de la disminución en nuestro medio de la incidencia de UP y la mejora de su manejo médico que resulta en una reducción de la incidencia de sus complicaciones[9], la enfermedad ulcerosa continúa conservando su relevancia. Aunque existen datos limitados con respecto a la frecuencia real de las complicaciones en la UP, se estima que alcanza el 2% de las úlceras por año de seguimiento[10]. El uso cada vez más generalizado de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) junto con el envejecimiento de la población, pueden justificar el mantenimiento de la incidencia de la HDA por UP a pesar de los adelantos de la profilaxis primaria y prevención de la recidiva ulcerosa[11].

La mortalidad en series amplias no seleccionadas de pacientes con HDA de cualquier causa oscila entre el 6% y el 8%(12-14). La mortalidad global en nuestro medio en una serie prospectiva de 3270 HDA fue del 7,6% y del 2,48% en los pacientes que sangraron por UP[6]. Los avances experimentados en el diagnóstico, valoración pronóstica y tratamiento de la HDA han logrado bajar en los últimos años las tasas de mortalidad previamente comunicadas, especialmente en las hemorragias no relacionadas con la hipertensión portal. La generalización de la terapéutica endoscópica en pacientes con HDA por UP con alto riesgo de persistencia o recidiva del sangrado, y el desarrollo de unidades especializadas en la asistencia de estos enfermos (las Unidades de Hemorragias Digestivas o Unidades de Sangrantes), han logrado que la mortalidad en este grupo seleccionado de pacientes de mayor riesgo se mantenga en un 2,5%, similar a la media del grupo global[15]. Sin embargo, el descenso conseguido no parece ser de la misma magnitud que los adelantos comentados[7]. La ausencia en ocasiones de protocolos consensuados entre las distintas especialidades implicadas y, sobre todo, el aumento de la edad y comorbilidad asociada de los pacientes con hemorragia digestiva podrían explicar en parte este hecho.

Acorde con la incidencia y morbimortalidad asociada, el consumo de recursos sanitarios por estos pacientes supera ampliamente al de otros enfermos que requieren atención hospitalaria. De hecho el coste medio por ingreso en Unidades de Hemorragias Digestivas supera en más del 50% el coste medio del paciente ingresado en el área de hospitalización convencional de la especialidad[16]. Un reciente estudio realizado en nuestro país que analiza los costes directos e indirectos de la hospitalización de pacientes con HDA no varicosa atendiendo a la especialidad responsable de su asistencia, determina un coste medio superior a los 2600 €[17].

Hoy día el papel de la endoscopia en el paciente con HDA es incuestionable. La terapéutica endoscópica en los pacientes con UP con hemorragia activa arterial o rezumante, vaso visible no sangrante y también, definitivamente aceptado recientemente tras el resultado de un meta-análisis, con coágulo reciente adherido, logra un mejor control del sangrado, reduciendo las tasas de persistencia y recidiva hemorrágica, la necesidad de intervención quirúrgica y la mortalidad[18,19]. Los resultados de la endoscopia se ven bendecidos además por una reducción de los costes asistenciales directos e indirectos[13,20].

Si asumimos que la endoscopia y eventual terapéutica es un procedimiento eficaz y económico en el paciente

con HDA por UP, intuitivamente podríamos dar un paso más y asumir también que a mayor precocidad en su realización, mejores resultados globales obtendremos. Alcanzamos de esta forma el umbral de la eficiencia real de la endoscopia en relación al momento de su práctica. No obstante podríamos estar ante un gran sofisma. Es posible que el administrador de recursos no vea justificado un gasto que considera desproporcionado sólo con la intención de facilitar un procedimiento antes, fuera del horario habitual de trabajo; sencillamente puede ser que no lo vea rentable. Por otra parte, es también posible que el paciente dude de la idoneidad de realizar un procedimiento diagnóstico-terapéutico fuera de ese horario habitual de los profesionales, con todo lo que ello conlleva, asumiendo desde su perspectiva un riesgo de complicaciones potenciales que, en una situación de premura, se le antoja pudiera ser mayor, sin que ello se tradujera en mejores resultados. Por lo tanto, el gastroenterólogo endoscopista se vería en la tesitura de demostrar al gestor que la realización de la endoscopia con carácter urgente es económicamente rentable y, al paciente, de convencerle de la mejora en el pronóstico de su enfermedad de realizarse el procedimiento de forma precoz.

Abordemos el tema por lo que al clínico generalmente más le preocupa. Inicialmente no se demostró que la endoscopia precoz aportara beneficios relevantes a los pacientes con HDA[21,22]. Además se ha comprobado que las endoscopias realizadas con carácter de urgencia, fuera del horario habitual, se ven gravadas con mayores tasas de complicaciones[23,24]. Por otra parte, de realizarse el examen endoscópico de forma excesivamente precoz sin preparación previa, existe el riesgo de que lesiones responsables del sangrado pasen desapercibidas[25] y comprometan la evolución del enfermo[26]. Con todas estas premisas, tras quedar demostrado que la terapéutica endoscópica ofrece mejores resultados que el tratamiento médico conservador inicial o la intervención quirúrgica[18,19], fueron diversos los estudios que valoraron la idoneidad y seguridad de la realización precoz de la endoscopia con el objetivo de mejorar sus resultados. Aun teniendo presente la heterogeneidad del criterio de precocidad a la hora de realizar la endoscopia, la mayoría de estos estudios coinciden en que su realización dentro de las primeras 24 horas mejora el pronóstico global de los pacientes[27-31]. A la luz de estos resultados distintas reuniones de consenso y guías de práctica clínica recomiendan la realización de la endoscopia dentro de las primeras 24 horas del ingreso en los pacientes con sospecha clínica de hemorragia digestiva no varicosa[32-35].

Pero... ¿da igual realizarla en cualquier momento dentro de esas 24 horas? ¿Y si debería recomendarse cuanto antes una vez lograda la estabilidad hemodinámica del paciente? Aún sigue sin establecerse de forma inequívoca el momento más idóneo para realizar la endoscopia cumpliendo ese tiempo límite de las primeras 24 horas del ingreso. Es probable que para poder responder a esta pregunta tengamos que enlazar con la otra cuestión pendiente, la eficiencia especialmente de cara al gestor de la endoscopia realizada precozmente. Es cierto que las revisiones sistemáticas obtienen globalmente una mayor evidencia del beneficio de la endoscopia precoz en pacientes catalogados como de bajo riesgo de mala evolución en relación a persistencia o recidiva hemorrágica, intervención quirúrgica o mortalidad[32,36]. Sin embargo algunos estudios sólo han apreciado que la endoscopia precoz mejore el pronóstico de los pacientes con signos fehacientes de sangrado activo, como la presencia de aspirado hemático por sonda nasogástrica[23]. Finalmente se ha demostrado la utilidad del examen endoscópico precoz como parte del proceso de estratificación de riesgo en enfermos con HDA no varicosa[37,38], que permite monitorizar al paciente de manera más estrecha en unidades especiales, en el otro extremo ofrecer una mayor seguridad para el alta precoz o incluso evitar un ingreso hospitalario[29,39], y en ambos casos reducir la estancia hospitalaria[30,32]. Ésto sólo sería cierto si existe una adecuada coordinación entre el gastroenterólogo endoscopista y el servicio de urgencias que inicialmente atiende al enfermo, porque de lo contrario el resultado de la endoscopia no tendrá ningún impacto en el manejo final del paciente[40].

Siguiendo esta secuencia lógica tanto al paciente como al gestor de recursos les interesaría que la endoscopia fuera realizada cuanto antes. El paciente con HDA de bajo riesgo de mala evolución obtendría el alta precoz segura, aquel con alto riesgo se beneficiaría de una atención individualizada que mejoraría su pronóstico y, finalmente, el gestor reduciría los costes de la asistencia de ambos.

Pero esta afirmación podría no ser extensible en nuestro medio de forma generalizada atendiendo a la organización del sistema sanitario. De forma recurrente y generalmente oficiosa, asistimos al cuestionamiento de la idoneidad de mantener la infraestructura necesaria para ofrecer una asistencia integral al paciente con HDA como se ha expuesto hasta ahora. Entrando de lleno en esta cuestión, en hospitales de ámbito comarcal, con las unidades de Gastroenterología incluidas en los servicios de Medicina Interna y la asistencia de la patología digestiva fuera del horario habitual de trabajo cubierta por un pool de especialidades médicas, podría cuestionarse la necesidad de disponer de gastroenterólogos endoscopistas que participen desde el inicio en el manejo de estos pacientes, retrasando la realización de la endoscopia a la jornada siguiente. De igual forma, en un intento por lograr la contención del gasto sanitario, en hospitales de tercer nivel puede promulgarse ajustar las exploraciones endoscópicas a la plantilla y horario de trabajo habitual establecido. Obviando la controversia estéril sobre la capacidad de otras especialidades médicas distintas a la Gastroenterología para el manejo de la hemorragia digestiva[17,41,42], todos asumimos que los resultados obtenidos por gastroenterólogos endoscopistas adscritos a los hospitales comarcales en el tratamiento de la HDA no varicosa son equiparables a los alcanzados en sus hospitales de referencia[43]. La capacitación profesional en este ámbito es incuestionable, siendo sólo casos individualizados muy concretos los que requieren el traslado al hospital de referencia para el abordaje multidisciplinario superespecializado. Las Unidades de Hemorragias Digestivas de referencia asumirían a estos pacientes. Disponemos de datos actualizados para estimar el coste de la endoscopia terapéutica realizada durante la jornada laboral habitual en hospitales

públicos españoles. Un estudio publicado en el 2003 analiza desde un punto de vista económico el valor de la endoscopia digestiva en un hospital universitario[44]. Con gran rigor metodológico, incluyendo tanto costes directos como indirectos, concluye que una endoscopia con terapéutica de la HDA costaría 83 €. Teniendo en cuenta que más del 60% del gasto se atribuye al capítulo de personal, para calcular de forma bastante aproximada el coste del procedimiento fuera del horario laboral bastaría con añadir la remuneración del endoscopista y personal colaborador trabajando fuera de su horario habitual. Si sólo realizamos una valoración crematística, asumir el coste del ingreso del paciente y demorar la exploración endoscópica no parece rentable especialmente en los enfermos de bajo riesgo.

En definitiva, aplicando criterios puramente asistenciales junto con aspectos económicos, todo indica que la endoscopia debería realizarse lo antes posible en el paciente con HDA no varicosa; inexcusablemente en las primeras 24 horas del ingreso, preferiblemente en las 12 horas iniciales y de forma plausible en las primeras 6 horas, de tal forma que en ese tiempo se pudiera evitar un ingreso hospitalario o por el contrario, asignar los recursos asistenciales más indicados en caso de alto riesgo de mala evolución del sangrado. Esta recomendación queda recogida en un artículo de revisión publicado recientemente bajo el auspicio de la Asociación Española de Gastroenterología[34].

## BIBLIOGRAFÍA


1. Longstreth GH. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol 1995; 90: 206 –10.
2. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Br Med J 1995; 311: 222 – 6.
3. Vreeburg EM, Snel P, de Bruijne JW, Bartelsman JF, Rauws EA, Tytgat GN. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome. Am J Gastroenterol 1997; 92: 236 – 3.
4. Paspatis GA, Matrella E, Kapsoritakis A, Leontinis C, Papanikolaou N, Chlouverakis G. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000; 12: 1215 –20.
5. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 1990; 36: S8 – 13.
6. Miño G, Jaramillo JL, Gálvez C, Carmona C, Reyes A, De la Mata M. Análisis de una serie general prospectiva de 3270 hemorragias digestivas altas. Rev Esp Enferm Dig 1992; 82: 7 – 15.
7. Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, Margaritis VG; Blikas AP, Katsakoulis EC; Nikolopoulou VN. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16: 177 – 82.
8. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. N Engl J Med 1994; 331: 717 – 27.
9. Perez – Aisa MA, Del Pino D, Siles M, Lanas A. Clinical trends in ulcer diagnosis in a population with high prevalence of Helicobacter pylori infection. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21: 65 – 72.
10. Penston JG, Wormsley KG. Review article: maintenance treatment with H2-receptor antagonists for peptic ulcer disease. Aliment Pharmacol Ther 1992; 6: 9 – 29.
11. Van Leerdam ME, Vreeburg EM; Rauws EAJ, Geraedts AAM, Tijssen JGP, Reitsma JB, Tytgat NJ. Acute upper GI bleeding: did anything change? Am J Gastroenterol 2003; 98: 1494 – 9.
12. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, Blatchford M, Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: a case ascertainment study. BMJ 1997; 315: 510 – 4.
13. Jiranek GC, Kozarek RA. A cost-effective approach to the patients with peptic ulcer bleeding. Surg Clin North Am 1996; 76: 83 – 103.
14. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK; Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. Gastrointes Endosc 1981; 27: 80 – 93.
15. Garcia-Sanchez V, Lopez-Vallejos P, Sanchez-Tembleque Zarandona MD, Lenzano-Grande F, Gonzalez-Galilea A, Gálvez-Calderon C, et al. At which extent is the risk of persistent or recurrent bleeding due to peptic ulcer reduced by endoscopic treatment? Gut 2003; 52 (suppl VI): 97.
16. Jaramillo JL, Gálvez C, Miño G. Rentabilidad de las unidades de sangrantes. Rev Esp Digest 1991; 80: 394 – 8.
17. Pardo A, Durández R, Hernández M, Pizarro A, Hombrados M, Jiménez A, et al. Impact of physician speciality on the cost of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding care. Am J Gastroenterol 2002; 97: 1535 – 42.
18. Cook DJ, Guyat GH, Salena BJ, Laine LA: Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage: a metaanalysis. Gastroenterology 192; 102: 139 –48.
19. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, Bleau BL, Jung HK, Eckert G, Imperiale TF. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. Gastroenterology 2005; 129: 855 – 62.
20. Gralnek IM, Jensen DM, Kovacs TOG, Jutabha R, Jensen ME; Cheng S, et al. An economic analysis of patients with active arterial peptic ulcer haemorrhage treated with endoscopic heater probe, injection sclerosis, or surgery in a prospective, randomized trial. Gastrointestinal Endosc 1997; 46: 105 – 12.
21. Graham DY. Limited value of early endoscopy in the management of acute upper gastrointestinal bleeding: prospective controlled trial. Am J Surg 1980; 140; 284 – 90.
22. Peterson WL, Barnett CC, Smith HJ, Allen MH, Corbett DB. Routine early endoscopy in upper gastrointestinal tract bleeding: a randomized, controlled trial. New Engl J Med 1981; 304: 925 – 9.
23. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J, and 227 members of the ASGE. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 1981; 27: 94 – 103.
24. Adler DG, Adler AL, Nolte T; Hermans J, Gostout CJ; Baron TH. Complications of urgent and emergency endoscopy in patients with GI bleeding as a function of time. Am J Gastroenterol 2001; 96: 3452 – 4.
25. Cheng CL, Lee CS, Liu NJ, Chen PC, Chiu CT, Wu CS. Overlooked lesions at emergency endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy 2002; 34: 527 –30.
26. Stollman NH, Putcha RV, Neustater BR, Tagle M, Raskin JB, Rogers AI. The uncleared fundal pool in acute upper gastrointestinal bleeding: implications and outcomes. Gastrointest Endosc 1997; 46: 324 – 7.

27. Cooper GS, Chak A, Way LE; Hammar PJ, Harper DL, Rosenthal GE: Early endoscopy in upper gastrointestinal haemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointest Endosc 1999; 49: 145 – 52.

28. Lin HJ; Wang K, Perng CL; Chua RT, Lee FY, Lee CH, Lee SD. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. J Clin Gastroenterol 1996; 22: 267 – 71.

29. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, MelnikoffN, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalisation rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc 1999; 50: 755 – 61.

30. Cooper GS, Chak A, Connors AF Jr, Harper DL, Rosenthal GE. The effectiveness of early endoscopy for upper gastrointestinal haemorrhage: a community-based analysis. Med Care 1998; 36: 462 – 74.

31. Chak A, Cooper GS, Lloyd LE, Kolz CS, Barnhart BA, Wong RC: Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI haemorrhage. Gastrointest Endosc 2001; 53: 6 – 13.

32. Barkun A, Bardou M, Marshall JK for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Consensus recommendations for managing patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003; 139: 843 – 57.

33. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut 2002; 51 Suppl 4: 1-6.

34. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Gastroenterol Hepatol 2003; 26: 70 – 85.

35. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Qu reshi WA, et al. ASGE guideline: The role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI haemorrhage. Gastrointest Endosc 2004; 60: 497 – 504.

36. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ: Endoscopy for acute non-variceal upper gastrointestinal tract haemorrhage: is sooner better? A systematic review. Arch Intern Med 2001; 161: 1393 – 404.

37. Gralnek IM, Dulai GS. Incremental value of upper endoscopy for triage of patients with acute non-variceal upper-GI haemorrhage. Gastrointest Endosc 2004; 60: 9 – 14.

38. Gisbert JP, Pajares JM. Hemorragia digestiva por úlcera péptica. ¿Se puede estimar con fiabilidad suficiente su pronóstico y evitar el ingreso de algunos pacientes? Med Clin 2001; 117: 227 – 32.

39. Cipolleta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc 2002; 55: 1 – 5.

40. Bjorkman DJ, Zaman A, Fennerty MB, Lieberman D; DiSario JA, Guest-Warnick G. Urgent vs. elective endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: an effectiveness study. Gastrointest Endosc 2004; 60: 1 – 8.

41. Tornero Estébanez C, Mesías Zafra A, Guillén Rico M, Morata Alba L. Influencia del especialista en el coste del tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa en un hospital comarcal. Gastroenterol Hepatol 2004; 27: 498 – 502.

42. Quintero E, Pardo A. Influencia del especialista en el coste del tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa en un hospital comarcal. Respuesta. Gastroenterol Hepatol 2004; 27: 498 – 502.

43. García Fernández G, Navarro Jarabo JM, Ferández Moreno N, Rivera Irigoin R, Fernández Pérez F, de la Sola Earle C, et al. Rev And Pat Digest 2002; 25 supl: A56.

44. Pascual Torres D, Brú Budesca X. Costes de la endoscopia digestiva en un hospital universitario de nivel II. Gastroenterol Hepatol 2003; 26: 279 – 87.