

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“CARACTERIZACIÓN TOPOGRÁFICA Y ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA AÑOS 2005 - 2006”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Mifkin Jesús Bedoya Cruz

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2007

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE
GROHMANN**

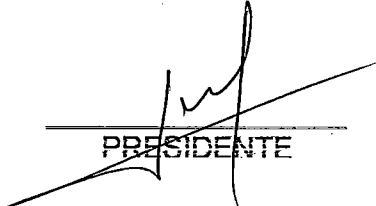
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

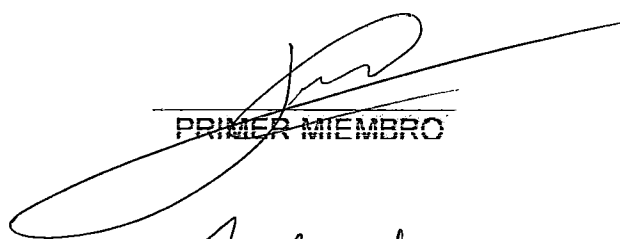
**"CARACTERIZACIÓN TOPOGRÁFICA Y ETIOLÓGICA DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. AÑOS 2005 - 2006**

APROBADO POR EL JURADO INTEGRADO POR:

Dr. GUILLERMO BORNÁZ ACOSTA


PRESIDENTE

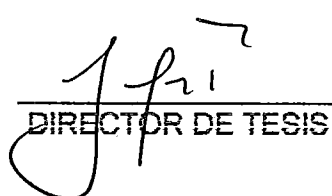
Dr. JORGE LÓPEZ CLAROS


PRIMER MIEMBRO

Dr. RUBÉN NUE SESSAREGO


SEGUNDO MIEMBRO

Dr. JAVIER LANCHIPA PICOAGA


DIRECTOR DE TESIS

Registro N° 045-2007-FACM Escuela: Medicina Humana

Bachiller: MIFKIN JESUS BEDOYA CRUZ

Fecha de Sustentación: 13 de mayo del 2007

Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 17 (DIECISIETE)

Calificativo: SOBRESALIENTE

Jurado: - Dr. Guillermo Bonaz Acosta.

- Méd. Jorge López Clares

- Méd. Rubén Nue Mesaques

Observaciones: _____


Secretario Académico
Administrativo

*Con mucho cariño
principalmente a mis padres
que me dieron la vida y han
estado conmigo todo este
momento. A mis maestros
por sus enseñanzas. Y
aquella persona especial de
mi vida que me apoyó y
creyó en mí en todo
momento.*

**“CARACTERIZACIÓN TOPOGRÁFICA Y ETIOLÓGICA DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. AÑOS 2005 – 2006”**

RESUMEN

Se evaluó las características topográficas y etiológicas de la hemorragia digestiva alta determinada por endoscopia digestiva alta, en el contexto de caracteres demográficos y enfermedades coexistentes, en el servicio de medicina del hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Enero 2005 – Diciembre 2006. Se revisaron 118 historias clínicas. Fueron considerados para el análisis 68 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Se encontró que la HDA ocurrió 75% en varones y 25% en mujeres. Fue más frecuente en el grupo etareo 20 – 29 años (27.9%), seguido del grupo 40 - 49 años (22.1%), 50-59 años (20.6%), y > 70 años (11.8%), en menor proporción otros grupos etéreos. Afectó predominantemente a los mayores de 40 años.

Los pacientes fueron mayormente al grupo ocupacional “empleado” (25%), seguidamente el grupo ocupacional “comerciante” (20.6%). “su casa” (19.1%), “agricultor” (14.7%), en menor proporción, “estudiante” (13.2%). La mayoría de pacientes fue de nivel de instrucción “secundaria” (42.6%), seguido de “primaria” (27.9%), “superior” (26.5%); y “analfabeta” (2.9%). Las patologías expresadas

como antecedentes y/o coexistentes en los pacientes fueron: Alcoholismo (27.9%), hepatopatía crónica no viral (19.1%), consumo de AINES (16.2%), enfermedad ácido péptica (14.7%), y se encontró (5.9%) pacientes que no padecían de ningún antecedente y/o enfermedad coexistente. La localización topográfica gástrica, duodenal y esofágica fue 64.7%, 14.7% y 11.8% respectivamente.

La causa más frecuente de HDA fue las lesiones agudas de la mucosa gástrica (44.1%). En el segundo lugar fue úlcera péptica (32.4%), seguido de várices esofágicas (11.8%), Síndrome de Mallory Weis (2.9%). Respecto a las lesiones ulceradas es mayormente frecuente la úlcera duodenal (17 casos) sobre la gástrica (12 casos), y según la clasificación de Forrest en estómago fue más frecuente la de tipo IIb con 5 casos (41.7%), seguido de IIa con 3 casos (25%), y a nivel duodenal fue más frecuente la de tipo III con 7 casos (41.2%), seguido de IIb y IIc ambos con 4 casos (23.5%). Y según la intensidad de sangrado la predominancia de tipo leve con un 61.8%, seguido de tipo moderado con 29.4% y severo con 8.8%.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, CARACTERÍSTICAS TOPOGRÁFICAS.

SUMMARY

High digestive hemorrhage topographic and etiological characteristics were valuated, determined by high digestive endoscopy in the context of demographic characters and coexistent illnesses. In Hipólito Unanue Hospital (Tacna) medicine service. January 2005 – December 2006. 118 case histories were clacked. 68 patients who complied with the selection criteria were considered for the analysis.

We found that HAD occurred 75% in males and 25% in female. It was more frequent in the ethereal group: 20-29 years old (27.9%), followed by group: 40-49 years old (22.1%), 50-59 (20.6%) and >70 (11.8%) and a minor proportion in o the real groups.

It predominantly affected in older than 40 years patients went, in principal proportion, to the occupational group “employed” (25%), followed by “merchant” (20.6%), “home” (19.1%), “farmer” (14.7%), and in minor proportion “student” (13.2%). The “high school” level (42.6%) followed by “elemental school” (27.9%), “superior education” (26.5%), and “illiterate” (2.9%). The pathology expressed as backgrounds or coexistent in patients were: “alcoholism” (27.9%), “no viral chronic hepatopathy” (19.1%), “consume of AINES (16.2%), “acid peptic illness” (14.7%).

The more frequent cause of HAD was the sharp lesions of gastric mucous (44.1%). In second place was the peptic ulcer (32.4%) followed by esophagus varicose veins (11.8%), Mallory weis syndrome (2.9%).

In relation to the ulcerated lesions duodenal ulcer is more frequent (17 cases) over the gastric one (12 cases), and according to Forrest classification in stomach, IIb type was more frequent with 5 cases (41.7%) followed by IIa with 3 cases (25%), and in duodenal level III type was the most frequent with 7 cases (41.2), followed by IIb and IIc both with 4 cases (23.5%). And according to the bleeding intensity, the light type predominance with 61.8% followed by moderated type with 29.4% and severed one with 8.8%.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
	2.1 Formulación del problema.....	3
	2.2 Descripción del problema.....	3
	2.2.1 Área del conocimiento.....	4
	2.2.2 Operacionalización de las variables.....	4
	2.2.3 Interrogantes básicas.....	7
	2.2.4 Tipo de investigación.....	8
	2.2.5 Nivel de investigación.....	8
	2.3 Objetivos.....	8
	2.4 Justificación e importancia del problema.....	9
III.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	11
	3.1 Antecedentes.....	11
	3.2 Marco teórico conceptual.....	15
	3.2.1 Concepto e incidencia.....	15
	3.2.2 Localización del sangrado en el tubo digestivo.....	18
	3.2.3 Presentación clínica de la hemorragia digestiva alta.....	20

3.2.4	Examen clínico.....	25
3.2.5	Manejo inicial.....	28
3.2.6	Diagnóstico endoscópico.....	29
3.2.7	Factores pronóstico endoscópico.....	34
3.2.8	Tratamiento endoscópico.....	38
3.2.9	Tratamiento quirúrgico.....	39
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	41
	• Criterios de inclusión.....	41
	• Criterios de exclusión.....	42
	• Técnica de recolección de datos.....	42
	• Análisis estadístico.....	42
V.	RESULTADOS.....	44
VI.	DISCUSIÓN.....	66
VII.	CONCLUSIONES.....	70
VIII.	RECOMENDACIONES.....	72
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
X.	ANEXOS.....	81

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es una urgencia médica frecuente en nuestro medio, que conlleva un importante número de ingresos hospitalarios y consumo de recursos sanitarios. (1)

La hemorragia digestiva alta, consiste en sangramiento originado en el tubo digestivo alto, entre el esófago y el ángulo de treíz. Y gracias a la introducción de la endoscopia ha sido posible establecer el diagnóstico etiológico. (1,2)

La mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta ha permanecido constante en las últimas décadas, a pesar de los avances en el tratamiento medico-quirúrgico. (2)

Datos publicados por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva muestran que la enfermedad ulcerosa constituye la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta, siendo responsable de casi la mitad de los episodios de sangrado; Asimismo reportan que los pacientes con enfermedades asociadas, presentan mayor riesgo de presentar hemorragias digestivas. (3)

El factor pronóstico más importante asociado a la mortalidad de estos pacientes es la recidiva hemorrágica, y ésta viene determinada por una serie de características clínicas y endoscópicas.(4)

Hoy existe amplia evidencia de que la endoscopia proporciona un excelente complemento de los factores clínicos, así como una importante información sobre el tipo de lesión, su localización y aspecto endoscópico, pronóstico, manejo, momento de reintroducción de la dieta oral y la duración de la estancia hospitalaria. (4)

Considerando lo antes mencionado, fue de gran motivo para la realización del presente estudio, donde se estudiaron los procedimientos endoscópicos realizados a los pacientes con HDA, con el fin de determinar las características topográficas y etiológicas más frecuente de la hemorragia digestiva alta.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA Y ETIOLÓGICA DETERMINADA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, EN EL CONTEXTO DE CARACTERES DEMOGRÁFICOS Y ENFERMEDADES COEXISTENTES, EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006.?

2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia digestiva alta es una urgencia médica frecuente, y es fundamental tratar a estos pacientes en centros que dispongan del personal y los recursos necesarios.

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna es centro de referencia de una población aproximada de 230.000 habitantes. Y cuenta además con un servicio de gastroenterología, personal especializado y recursos básicos necesarios, para proporcionar un tratamiento adecuado a este tipo de pacientes.

La propuesta de este proyecto de investigación es realizar un estudio para disponer información respecto a las características

de la hemorragia digestiva alta según localización topográficas y etiológicas determinada por endoscopia. Así como la relación existente de los pacientes con hemorragia digestiva alta y el padecimiento de alguna enfermedad coexistente.

2.2.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- a) Campo : Ciencias Biológicas
- b) Área : Salud
- c) Línea : Gastroenterología

2.2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LA HDA:

Agrupamos las lesiones causantes de HDA en el tracto digestivo alto según su localización en:

- Lesiones esofágicas: Sangrado de Várices esofágicas
- Lesiones gástricas: Lesión aguda de mucosa gástrica (LAMG), úlcera gástrica, síndrome de Mallory Weiss, y enfermedad de Dieulafoy
- Lesiones duodenales: Úlcera duodenal

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL:

Sangrado del tracto digestivo alto debido a ruptura de várices.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL:

Sangrado del tracto digestivo alto cuyo origen excluye la patología variceal. Para el caso de lesiones ulceradas se consignaron los estigmas de sangrado digestivo según Clasificación de Forrest.

Signos Endoscópicos de Forrest:

Forrest I:	SANGRADO ACTIVO
Ia.-	Sangrado a Chorro
Ib.-	Rezumado de Sangre
Forrest II:	SANGRADO RECIENTE
IIa.-	Vaso Visible
IIb.-	Coágulo Adherente
IIc.-	Mancha Hematinita
Forrest III:	SANGRADO PASADO

VARIABLES GENERALES:

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Edad Cronológica en años Según Historia Clínica	De razón:
		>14--19 años
		20 – 29 años
		30 – 39 años
		40 – 49 años
		50 – 59 años
		60 – 69 años
		>70 años
Sexo	Caracteres Sexuales Secundarios	Nominal
Antecedentes y Enfermedades Coexistentes:	Anterior Diagnóstico de HDA	Nominal
	Alcoholismo	Nominal
	Hepatopatía Crónica no Viral	Nominal
	Enfermedad Ácido Péptica	Nominal
	Empleo de fármacos gastrolesivos	Nominal
	Empleo de AINES	Nominal
	Insuficiencia Renal Crónica	Nominal
	Enfermedad Articular	Nominal
	Tabaco	Nominal
	Ninguna	Nominal

Variables principales

VARIABLES	CATEGORIA	ESCALA
Localización	Lesión Esofágica	Nominal
Topográfica de HDA	Lesión Gástrica	Nominal
	Lesión Duodenal	Nominal
	Les. Gastro-duodenal	Nominal
HDA Varicela	Varices Esofágicas	Nominal
	Varices Gástricas	Nominal
HDA no Varicela	Lesión Aguda de Mucosa Gastroduodenal	Nominal
	Úlcera Gástrica	Nominal
	Úlcera Duodenal	Nominal
	Sind. Mallory Weiss	Nominal
	Enfermedad de Dieulafoy	Nominal
	Otras Causas	Nominal

HDA: Hemorragia Digestiva Alta

2.2.3 INTERROGANTES BÁSICA

- ¿Es importante conocer las características demográficas del paciente con hemorragia digestiva alta?

- ¿Que antecedentes patogénicos y enfermedades coexistentes son más frecuentes en el paciente con hemorragia digestiva alta?
- ¿Qué localización topográfica y etiológica más frecuente se presenta en el paciente con hemorragia digestiva alta?
- ¿Disponemos de información sobre los exámenes endoscópicos realizados a los pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Hipólito Unanue Tacna?

2.2.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

DE CAMPO

2.2.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO.

2.3 OBJETIVOS

A) GENERAL:

- Caracterizar la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, según localización topográfica y etiología, en el contexto de caracteres demográficos y/o enfermedades coexistentes.

B) ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la HDA según edad.
- Caracterizar la HDA según sexo.
- Caracterizar la HDA según ocupación.
- Caracterizar la HDA según nivel de instrucción.
- Caracterizar la HDA en el contexto de antecedentes patogénicos y/o enfermedades coexistentes.
- Caracterizar la HDA según localización topográfica de las lesiones determinada por endoscopia alta.
- Caracterizar la HDA según etiologías por tipos de lesiones determinadas por endoscopia alta.

2.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Según el reporte de morbilidad del 2005 publicado el 2006, del servicio de hospitalización de medicina del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, muestra que el 6to daño más frecuente son las Hemorragias digestivas no especificadas (40%), y el 8vo las Gastritis No especificadas (29 %).

Como es conocido, el diagnóstico de una hemorragia digestiva alta, principalmente se realiza mediante el procedimiento endoscópico, lo que permitirá decidir posteriormente el plan terapéutico del paciente. Siendo algunas veces necesario realizar una terapia endoscópica.

Actualmente no contamos con un estudio preliminar que nos muestren endoscópicamente, las características topográficas y etiológicas más frecuentes de los pacientes con esta patología. Por lo que nos motivó a realizar el presente trabajo.

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 ANTECEDENTES

- **MANRIQUE RAMON VILA (2000):** En su estudio realizado en el Hospital Principal de España, durante los años 1996-2000. se encuentra después de la revisión de un total de 2039 episodios de Hemorragia Digestiva Alta, que la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta es de 40-50 casos/100.000 habitantes y la tasa de mortalidad ha permanecido oscilando entre un 8% y un 10%. La causa más frecuente de Hemorragia Digestiva Alta es la úlcera péptica, siendo responsable en un 53%, y permaneció constante a lo largo del estudio.

- **CARLOS EYZAGUIRRE SOTO (2001):** Realizó su estudio en el Hospital Militar Central de Lima-Perú, entre los años 1997- 2000. Dicho estudio se basó en la revisión de 84 casos de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta. Se encontró que los mayores porcentajes de manifestaciones clínicas correspondieron a melena en 32% y la asociación melena/hematemesis correspondió a 26%. Respecto al diagnóstico etiológico por endoscopia, aparece en primer lugar esta úlcera péptica en un 46%.

- **ROBERTO SALOMÓN APAZA (2003):** En su estudio realizado en el Hospital de ESSALUD III de Puno, durante los años 2000-2003,

encontró que la HDA se caracteriza por ser más frecuente en el sexo masculino, en mayores de 40 años, en los grupos ocupacionales "profesor", "empleado" y "su casa" y por ser más frecuente en el nivel de instrucción "superior universitaria"; cuyo antecedente patogénico y enfermedad coexistente fueron: la enfermedad ácido péptica, alcoholismo y consumo de AINES y según su localización topográfica y etiológica, más frecuente fue la localización gástrica, y, la etiología más frecuente la úlcera péptica - con ligera predominancia de la úlcera duodenal sobre la gástrica- , seguida del sangrado de várices esofágicas y lesiones agudas de mucosa gástrica. En menor proporción el síndrome de Mallory Weiss, Angiodisplasia y enfermedad de Dieulafoy.

- **CONSUELO OBREGÓN AQUINO y otros (2004):** En su estudio realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo , durante el periodo 2002- 2004. estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de 155 pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, concluye que la manifestación clínica más frecuente fue la combinación de hematemesis y melena. Asimismo es más frecuente en el sexo masculino y de menores de 60 años, y la principal causa de la hemorragia Digestiva Alta es la úlcera gástrica. El antecedente de importancia fue la ingesta de bebidas alcohólicas.

- **OTROS ESTUDIOS:**

En un estudio realizado en Inglaterra y Gales por Higham en 2002, se recogen los ingresos hospitalarios por HDA por complicaciones de la úlcera péptica durante los años 1989 – 1998. En este periodo se detecta un aumento de los ingresos por HDA asociados a úlcera péptica en los pacientes mayores de 65 años. En pacientes con edad entre 65-74 años, el incremento es del 14% en mujeres y del 30% en hombres. En un grupo de pacientes mayores de 75 años, los aumentos fueron del 50% y 60% respectivamente.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Essalud) crea el 10 de enero de 1994, a iniciativa del Dr. Hernán Espejo R., una Unidad de Hemorragia Digestiva altamente especializada, para un mejor manejo de estos casos. Desde su creación, dicha unidad, ha tenido hospitalizados más de 8 000 pacientes, y es un centro de referencia nacional.(3) Con ocasión del XXVII Congreso Panamericano de Gastroenterología llevado a cabo en nuestro país en noviembre del 2001, se hizo un estudio sobre los casi 5 000 pacientes que hasta ese momento se habían hospitalizado en dicha unidad.(3) Así tenemos que: el 82,7% de las hemorragias digestivas son altas y 17,3% bajas. En cuanto a sexo, 62,6% son varones y 37,4% son mujeres. 65,6% son mayores de 60 años y 14,8% son mayores de 80 años.

Las primeras causas de hemorragia digestiva alta fueron:(3)

1. Úlcera duodenal: 24,5%
2. Úlcera gástrica: 19,8%
3. Várices esófago-gástricas: 15 %.
4. Lesiones agudas de mucosa gástrica: 6,4 %
6. Gastropatía hipertensiva portal: 3,6%
7. Cáncer gástrico: 2,6%
9. Lesión de Dieulafoy gástrica : 1,5%
10. Otras: 19,1%

3.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.2.1 DEFINICIÓN

Se denomina hemorragia digestiva a la eliminación de sangre fresca o desnaturalizada a través del vómito o las deposiciones de un paciente, siendo un problema frecuente que conlleva un importante número de ingresos hospitalarios, con una incidencia que varía entre 50 – 150 casos/100.000 habitantes al año(9)(14)(16), (300.000 ingresos hospitalarios por año en los EEUU), en los países occidentales, la incidencia de HDA es de 100 – 150 casos por 100.000 habitantes al año y es dos veces más frecuente en la población masculina.(10)(12)

La tasa de mortalidad ha permanecido constante durante décadas oscilando entre un 8% y un 10%.(10)(15) La proporción cada vez mayor en pacientes con edad superior a los 60 años y el mayor número de enfermedades asociadas en estos pacientes, parecen ser determinantes en el mantenimiento de estas cifras de mortalidad.(13)(15)

Las dos causas más habituales de hemorragia digestiva alta son la úlcera péptica y la hipertensión portal. La hemorragia digestiva baja es

menos frecuente que la de origen alto, y tiene tendencia a autolimitarse.(16)

Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la HDA, así como el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*, han mejorado notablemente el pronóstico de estos pacientes y, en consecuencia, la evolución clínica; pero ha sido contrarrestado por el envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluyendo el ácido acetilsalicílico.(16)(19)(20)

Hoy día, dado el costo económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estancia hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer, qué tipo de pacientes son de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia y además; cuáles precisan ser ingresados en unidades de cuidados críticos; así como identificar aquellos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta.(18)(22)

Aquí mostramos algunas definiciones conceptuales:

Úlcera Gástrica: Úlcera péptica (lesiones crónicas, casi siempre solitarias, que afectan a cualquier porción del aparato gastrointestinal expuesta a la acción agresiva de los jugos pépticos) de localización gástrica.

Úlcera Duodenal: Úlcera péptica de localización duodenal.

Lesión Aguda de Mucosa Gástrica: Anteriormente incluídas en el concepto de gastritis hemorrágica, las definimos como erosiones agudas de la mucosa del tracto digestivo por ingesta de agentes gastrolesivos.

Várices: Venas tortuosas y dilatadas localizadas sobre todo en la submucosa del tracto digestivo alto, predominan generalmente a nivel de esófago distal y del estómago proximal y son secundarias a aumento de presión en el plexo venoso y concomitantemente en el sistema portal.

Síndrome de Mallory Weiss: Laceración mucosa del cardias gástrico o UEG inducida por náuseas y vómitos. Pueden ocurrir circunferencialmente, tienen una longitud de 3–20 mm y un ancho de 2–3 mm, a lo largo del eje longitudinal esofágico.

Enfermedad de Dieulafoy: Presencia de una arteria anómala de grueso calibre que atraviesa la submucosa del estómago y discurre en contacto con la submucosa.

Angiodisplasia: Anomalías vasculares de la mucosa y submucosa del tracto digestivo.

Hematemesis: Denomina vómitos de sangre fresca no digerida por la secreción gástrica (sangre roja u oscura), por Hemorragia entre

Orofaringe y ángulo Treitz; A veces en grumos comparado en poso de café, que puede contener o no alimento o secreciones.

Melena: Deposición negra con o sin materia fecal. Se trata de sangre desnaturalizada y el color se debe a la producción de hematina ácida por la acción del ácido clorhídrico sobre la hemoglobina.

Hematoquecia: salida de sangre roja o mezcla de sangre roja con sangre negra a través del recto, sugiere que la lesión se ubica distal al ángulo de Treitz.

Pseuhemorragia: situaciones que simulan hemorragias de origen intestinal. Entre estas se consideran la deglución de sangrados de rinofaringe, debidos a traumas de la zona nasal, o por alteraciones en la coagulación, o por lesiones de cavidad oral, como ginigivorragias, alteraciones dentales.

Alcoholismo: Dependencia extrema del alcohol asociada con la aparición progresiva del comportamiento. Es una enfermedad crónica de comienzo lento e insidioso que puede aparecer a cualquier edad.

3.2.2 LOCALIZACIÓN DEL SANGRADO EN EL TUBO DIGESTIVO

Una vez descartadas las pseudoheorragias, se tratará de clasificar la hemorragia según el sitio de sangrado.

Se denomina hemorragia digestiva **alta**, a aquella cuyo lugar de sangrado abarca desde el esófago hasta el ángulo de Treitz – duodeno distal.

Los sangrados más frecuentes de localización alta son debidos a esofagitis secundaria a reflujo gastroesofágico, várices de esófago, gastritis hemorrágica, úlcera por estrés, pólipo gástrico, hemangiomas mucoso o submucoso, úlcera gástrica o duodenal, ingestión de cuerpo extraño, duodenitis hemorrágica, ingestión de medicación irritante, como aspirina, eritromicina , antiinflamatorios no esteroides – AINE- o cualquier otra medicación en pacientes susceptibles. El Síndrome de Mallory-Weiss sucede en el caso de pacientes con esfuerzo importante en el vómito espontáneo o provocado. Otras causas de sangrado la podemos hallar en anomalías del tubo digestivo alto, como ser páncreas ectópico sobre mucosa gástrica, duplicación gástrica, tumores, linfomas, etc.(19)(20)

Se denomina hemorragia digestiva **baja**, a aquellos sangrados cuyo origen se halla ubicado entre el ángulo de Treitz hasta recto y o ano. Sus causas más probables son: hemangioma de mucosa intestinal, poliposis o pólipo aislado, enfermedad de Crohn, ingestión de cuerpo extraño, obstrucción intestinal o vólvulo de intestino, tumores, angiodisplasias, várices, isquemia intestinal, hemorroides, fístula anal,

fisura anal, carcinoma, lesiones traumáticas, fiebre tifoidea, enterocolitis infecciosa, Trastornos de coagulación y tratamientos anticoagulantes, tuberculosis intestinal.(28)(32)(38)

3.2.3 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Es importante tan pronto como sea posible, la realización de una correcta historia clínica del paciente.

- **Modo de presentación:**

Los pacientes con HDA es frecuente que debuten con pérdidas de sangre a través del tubo digestivo (hematoquecia, melena, hematemesis). Asimismo, otro grupo de pacientes se manifestarán inicialmente por un cuadro de mareos, debilidad general, hipotensión e incluso shock, sin evidencia de hematemesis ni melenas; en un paciente con esas características se debe sospechar una HDA, y realizarle un tacto rectal, así como introducirle una sonda nasogástrica, buscando la presencia de restos de sangre en el tubo digestivo.(9)(16).

La hematemesis es el vómito de sangre y el color del contenido vomitado dependerá del tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia hasta el momento de la hematemesis. Si se produce pronto será de color rojo brillante, pero si ha permanecido mucho tiempo en la cavidad gástrica el material hemático se habrá oxidado por el contenido

ácido gástrico y será de color rojo oscuro o negro, adoptando con frecuencia en esos casos el aspecto típico de “posos de café”.
(19)(29)(32)

La melena es la deposición de color negro, brillante. Ello se debe a la presencia de sangre oxidada en su paso a lo largo del intestino delgado y colon. Las heces melénicas, que suelen tener olor característico, deben diferenciarse de las “seudomelénicas”, generalmente de color negro más apagado, y originadas por muy diversas causas, como el beber vino tinto, la ingestión de calamares cocinados en su tinta, los tratamientos con hierro oral y otros.(28)

En el 20% de los pacientes con hemorragia digestiva alta, ésta se manifiesta en forma de melena, en un 30% de los casos en forma de hematemesis, y en un 50% con ambas. (29) En menos del 5% de los pacientes se observa hematoquecia. (29)(30). Recordar que la HDA que se manifiesta con hematemesis franca, o con hematoquecia, suele ser más grave desde el punto de vista hemodinámico que las que se manifiestan por vómitos en posos de café y/o melenas. Es deseable una estimación del volumen de la pérdida sanguínea, el cual puede obtenerse a través de una adecuada historia clínica. Asimismo, es importante conocer el modo de presentación de la hemorragia, y el tiempo de evolución de la misma. (21)(36)

- **Síntomas asociados:**

Una cuidadosa historia clínica y un examen físico del paciente nos ofrecen a menudo pistas importantes acerca de la causa específica de la hemorragia.

Cuando el paciente refiere abundantes vómitos previos a la presentación de la hemorragia, la causa más frecuente suele ser un síndrome de Mallory-Weiss, a pesar de que sólo un 50% de estos pacientes presentan una clínica típica.(39) Cuando el paciente presenta dolor a nivel epigástrico que se alivia con la ingesta debe pensarse en patología ulcerosa. Una historia previa de dolor retrosternal, disfagia o regurgitación sugieren la presencia de un reflujo gastroesofágico, el cual puede desencadenar una hemorragia digestiva secundaria a esofatitis.(35) En pacientes con historia previa o familiar de epistaxis se debe considerar el diagnóstico de síndrome de Rendu-Osler, especialmente si se encuentran telangiectasias en la piel. Asimismo, la presencia de insuficiencia renal crónica sugiere la posibilidad de malformaciones arteriovenosas como causa del sangrado.(37)

La presencia de pérdida de peso y síndrome tóxico orientan hacia una causa neoplásica. La existencia de hepatopatía crónica debe alertarnos ante la posibilidad de hemorragia por varices esofágicas, aunque la mayoría de los enfermos con hepatopatía sangran por una lesión no varicosa. (28)(32)

- **Ingesta de fármacos:**

Los fármacos con especial interés en pacientes con hemorragia digestiva son los corticoides, el ácido acetilsalicílico y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES); estos fármacos están asociados con la úlcera péptica y las lesiones agudas de la mucosa gástrica. El consumo de AINES está relacionado con un importante riesgo de sangrado por úlcera péptica; múltiples estudios han demostrado un mayor riesgo de sangrado en pacientes con antecedentes de ingesta de AINES que aquellos que no lo presentan. (33, 34)

En España los antiinflamatorios no esteroideos son el tercer grupo de fármacos más prescritos; su principal problema de toxicidad es la patología gastrointestinal. (35) Un 15-30% de los pacientes tratados con AINES presentan síntomas digestivos como epigastralgia, pirosis o náuseas, pero la incidencia de complicaciones gastroduodenales sería, como la hemorragia, perforación u obstrucción en aproximadamente 10 veces menor. (36)

Paradójicamente, se ha visto que la mayoría de complicaciones hemorrágicas en pacientes tratados con AINES aparecen en paciente previamente asintomáticos, y que la mayoría de los sintomáticos no presentan complicaciones hemorrágicas. (37)

Las complicaciones ulcerosas asociadas a AINES son más frecuentes en pacientes mayores de 60 años, con historia ulcerosa previa, durante el primer mes de tratamiento y son dosis dependientes. (33)

El ibuprofeno parece ser el AINE con menor toxicidad gastrointestinal (35). No se ha demostrado que el consumo de corticoides por sí solos aumente el riesgo de hemorragia digestiva; sin embargo, el uso conjunto de AINES y corticoides se asocia a un riesgo diez veces superior de sangrado digestivo. (21)(33)

El uso de anticoagulantes orales aumenta la posibilidad de hemorragia de una úlcera péptica, especialmente si se asocia a AINES. Sin embargo, los anticoagulantes aislados no aumentan la incidencia de enfermedad ulcerosa no sangrante. (38)

- **Historia social:**

Es importante conocer el consumo de alcohol de estos pacientes; una hematemesis después de una inusual ingesta de alcohol es probable que se deba a lesiones agudas en la mucosa gástrica; sin embargo, un abuso crónico de alcohol aumenta la posibilidad de hipertensión portal y várices esofágicas.(22)

- **Edad:**

Un incremento en la edad de los pacientes con hemorragia digestiva alta se asocia a una mayor tasa de mortalidad. En la mayor parte de los

estudios se observa un aumento de la mortalidad en los pacientes mayores de 60 años. (22)(24)

Branicki publicó una tasa de mortalidad, para enfermos con HDA por úlcera duodenal, de 0,5% en paciente menores de 60 años frente a un 10% en los mayores 60 años y hasta un 35% en pacientes mayores de 80 años. En este mismo estudio, se observa que la mortalidad en pacientes que requieren cirugía para el control del sangrado es de un 23,1% en pacientes mayores de 60 años frente a un 2,2% en pacientes menores de 60 años.

- **Enfermedades asociadas:**

El número de enfermedades asociadas que presenta el paciente es un importante factor pronóstico que se asocia a una mayor tasa de mortalidad. (21, 24)

3.2.4 EXAMEN CLÍNICO

Se sugiere evaluar la magnitud del sangrado, y compromiso de la volemia del paciente. La presencia de taquicardia, palidez, sudoración, alteración del sensorio, hipotensión arterial. En general se estipula que si la pérdida sanguínea es del 10-20% de la volemia, con caída de menos de 10mm de mercurio de la tensión arterial sistólica, el paciente se presenta con palidez y frialdad.(1)(29)

Es una verdadera emergencia el hallazgo de palidez, sudoración, taquicardia, hipotensión, astenia, alteración del sensorio, soplo sistólico y hematocrito de menos 30, o con oliguria y o hipoxia.(35) El shock hipovolémico se presenta cuando el paciente pierde entre 35-50% de su volumen de sangre.

El examen de cavidad oral, nos dará signos directos del estado de las encías, amígdalas, dientes. El examen de la piel, nos brindará información sobre angiomas, hematomas, nevus, máculas, ectasias, elasticidad cutánea, vasculitis, etc. Se deberá realizar un examen de tacto rectal para evaluar la presencia de un signo de sangrado.(19)(20)(36)

Valoración Hemodinámica: En el manejo inicial de la hemorragia digestiva alta es importante conocer la situación hemodinámica en el momento de su ingreso. La magnitud del episodio del sangrado condiciona el pronóstico de estos pacientes, de manera que aquellos que presentan un cuadro de shock en el momento del ingreso sufren una mayor mortalidad.

Es necesario una rápida determinación clínica de los parámetros circulatorios (tensión arterial, frecuencia cardíaca, cambios posturales de la tensión arterial, coloración de la piel, frialdad, sudoración y nivel de conciencia) nos servirá para conocer la severidad de la hemorragia.

Valoración clínica del estado hemodinámica:

(Severidad de la hemorragia)

REPERCUSIÓN	SIGNOS CLÍNICOS	PÉRDIDA SANGUÍNEA
NULA	Ninguno	10-15 % (500-750 ml)
LEVE	Taquicardia leve, hipotensión ortostática, frialdad ligera de pies y manos.	15-25% (750-1250 ml)
MODERADO	Taquicardia 100-120 lpm. T. Arterial <100 mmHg, disminución de la presión del pulso, inquietud, sudoración, palidez y oliguria.	25-35% (1250-1750 ml)
GRAVE	Taquicardia >120 lpm, T. arterial <60 mmHg, estupor, palidez extrema, frialdad de extremidades y anuria.	35-50% (1750-2500 ml)

3.2.5 MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La prioridad en los pacientes que llegan a un servicio de urgencias con un cuadro de hemorragia digestiva alta es la rápida determinación del estado hemodinámico, la actividad de la hemorragia y la detección de los posibles factores que puedan complicar el manejo de estos pacientes (enfermedades asociadas).(18)(29)

El primer paso es conseguir la estabilidad hemodinámica del paciente, para proseguir con el diagnóstico etiológico y la elección del tratamiento adecuado.

Los dos factores primordiales en la evaluación de estos pacientes son la magnitud del episodio de sangrado y la presencia de enfermedades asociadas, de modo que es importante no sólo el diagnóstico y control de la hemorragia sino un cuidadoso manejo de estas enfermedades coexistentes.(28)

Cuando el paciente llega al servicio de urgencias con sospecha de hemorragia digestiva alta, hay una serie de pasos que deben ser seguidos siempre: (13)(25)

- Valoración rápida de la situación del paciente (coloración de piel y mucosas, sudoración, frialdad, nivel de conciencia).

- Conseguir un acceso vascular y obtener una muestra de sangre para realizar hemograma, urea, pruebas de coagulación y muestra para remitir a banco de sangre.
- Si el paciente está hemodinámicamente estable se realizará una cuidadosa historia clínica y exploración física.
- Si el paciente está hemodinámicamente inestable se iniciarán las maniobras de reposición hidroelectrolítica necesarias hasta conseguir la estabilización del mismo. Si, a pesar de dichas maniobras, el paciente continúa hemodinámicamente inestable, se requiere una rápida localización del lugar de la hemorragia mediante endoscopia preoperatoria y plantear la posibilidad de una intervención quirúrgica urgente para el control del sangrado.

3.2.6. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO

Después de la estabilización inicial del paciente, y realizado el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, el siguiente paso es la determinación de un diagnóstico etiológico.(16)(19)

Se acepta de forma general que el procedimiento ideal para el diagnóstico y la localización de la hemorragia es la realización de una endoscopia esófago-gastro-duodenal.

La endoscopia es útil para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos pacientes; por una parte, muestra la localización exacta del sangrado, su causa y la actividad hemorrágica en ese momento, y por otra, permite la realización de una terapéutica hemostática endoscópica.(23)(31)

La endoscopia diagnóstica permite encontrar la causa del sangrado en un 90-95% de los casos.

Estudios realizados a principios de los años 80, en los que se disminuía con la realización sistemática de endoscopia diagnóstica, sugirieron que la endoscopia no modificaría el cuidado de los pacientes con hemorragia digestiva alta. (22, 23) Hoy existe amplia evidencia de que la endoscopia proporciona un excelente complemento a los factores clínicos para determinar el riesgo de resangrado y muerte de estos pacientes, así como una importante información de cara a establecer el posterior tratamiento, el nivel de hospitalización que requiere el paciente, el momento de la reintroducción de la dieta oral y la duración de la estancia hospitalaria. (24)(25)

Sacks realizó en 1990 un meta-análisis que demostró que el uso terapéutico de la endoscopia en pacientes con úlcera y estigmas de alto riesgo de resangrado (vaso visible no sangrante o sangrado activo),

diminuye el sangrado persistente o el resangrado en un 69% la necesidad de cirugía urgente en un 62% y la mortalidad en un 30%.
(26)

Otro meta-análisis realizado por Cook en 1992 obtuvo resultados similares. Además, observó cómo no afectaba la evolución de los pacientes con estigmas ulcerosos de bajo riesgo de resangrado a pesar del tratamiento endoscópico. (27)

Un diagnóstico exacto y precoz, así como una información sobre el pronóstico, deberían permitir la formulación de un plan racional destinado al control de cada paciente.

En todo paciente con hemorragia digestiva alta en el cual se considere la realización de alguna medida terapéutica, debería ser realizada una endoscopia diagnóstica; la mayoría de los autores recomiendan su realización en las primeras 24 horas desde su ingreso hospitalario. Una demora superior a las 48 horas reduce considerablemente el resultado del diagnóstico y su potencial contribución al tratamiento del paciente.
(28)

La práctica de una fibrogastroscopia precoz (en menos de 24 h) se correlaciona con una disminución de la estancia hospitalaria en cualquier grupo de riesgo de resangrado.

Sin embargo, la frecuencia de resangrado o necesidad de cirugía se relaciona con los estigmas hallados en la endoscopia, pero no con la endoscopia precoz. (28)(36)

En los pacientes con alto riesgo de resangrado, la endoscopia debería ser realizada tan pronto como sea posible; en pacientes de bajo riesgo, ésta puede ser demorada hasta el día siguiente del ingreso hospitalario.

- **Indicaciones**

Dada la escasa morbi-mortalidad que conlleva la endoscopia, cualquier paciente con hemorragia digestiva alta es tributario a priori de ser sometido a una endoscopia esófago-gastro-duodenal para el diagnóstico etiológico de la hemorragia.(16)(32)

- **Contraindicaciones**

Sólo se consideran tres contraindicaciones:(16)(32)

1. Shock: tras una adecuada estabilización hemodinámica del paciente, deja de ser una contraindicación.
2. Diagnóstico de perforación.
3. Enfermo terminal que no se beneficiará de un diagnóstico etiológico.

- **Complicaciones**

La endoscopia digestiva alta puede presentar complicaciones en un 0.9% de los casos. Las complicaciones mayores son la perforación, la neumonía aspirativa y la hemorragia vinculada a la endoscopia. (28)

El desarrollo de endoscopios de pequeño calibre ha contribuido a una notable disminución del número de complicaciones. La tasa de mortalidad asociada a la endoscopia es de un 0,1%. (28)(32)

El diagnóstico endoscópico de la hemorragia digestiva puede basarse en la presencia de signos directos o indirectos de hemorragia.(33)

- Signos directos:

- o Lesión que sangra activamente, bien de forma central e intermitente, como ocurre cuando la lesión asienta sobre una arteria, o bien por los bordes, de forma rezumante, como en los casos de lesiones venosas.

- o Visualización de signos de hemostasia reciente: coágulos sobre la lesión, indicativo de hemostasia reciente.

- Signos indirectos:

- o La lesión no es visualizada por el endoscopista, pero existen datos suficientes para señalar la localización del punto sangrante. El caso

más típico es el reflujo de sangre roja por el píloro, o la presencia de un gran coágulo que ocupa todo el bulbo duodenal y que impide el paso del endoscopio.

3.2.7. FACTORES PRONÓSTICO ENDOSCÓPICO

Las características clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta son importantes, para conocer el pronóstico de éstos, pero todos deben someterse a una endoscopia digestiva alta urgente, ya que ésta nos dará información sobre el tipo de lesión, su localización y aspecto endoscópico.(24)(25)

Esto es particularmente importante en la úlcera péptica, ya que tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas; las características endoscópicas de la lesión sangrante determinan aquellos pacientes a los cuáles deberán realizarse un tratamiento hemostático endoscópico y, en algunos casos, una intervención quirúrgica. (24)(39) A partir de ahora, al referirnos a lesiones sangrantes lo haremos centrándonos exclusivamente en la úlcera péptica.

La principal información sobre el pronóstico viene determinada por la presencia o ausencia de estigma de hemorragia reciente, (28)(29) el tamaño de la úlcera, (35) la localización de la misma y, en algunos

casos, la posibilidad de utilizar ultrasonidos para detectar la presencia de flujo sanguíneo en la superficie ulcerosa.

a. Aspecto de la úlcera:

Los signos de hemorragia reciente fueron clasificados hace más de dos décadas por Forrest.

Clasificación de Forrest:

- Sangrado activo:
 - Forrest I_A: Sangrado a chorro.
 - Forrest I_B: Sangrado babeante
- Sangrado reciente.
 - Forrest II_A: Vaso visible no sangrante
 - Forrest II_B: Coágulo adherido
 - Forrest II_C: Coágulo plano. Base negra.
- Ausencia de sangrado:
 - Forrest III_A: Base limpia

b. Tamaño y localización:

También el tamaño y la localización de la úlcera son importantes indicadores pronósticos. De hecho, en pacientes con úlceras de tamaño igual o superior a 2cm, de diámetro existe una mayor incidencia de resangrado y mortalidad, con o sin tratamiento hemostático

endoscópico. (39,) Además, las úlceras con tamaño superior a 1cm, son más frecuentes en pacientes de edad superior a 60 años, y es en estas lesiones donde se encuentran con mayor frecuencia signos de sangrado reciente, lo que conlleva una mayor tasa de resangrado y moratlidad. (39)

c. Localización:

Existe una mayor tasa de resangrado para ciertas localizaciones ulcerosas, probablemente por una mayor facilidad de erosionar un vaso de gran calibre. (38)(40) En el caso de las úlceras duodenales, aquéllas úlceras bulbares en posición postero-inferior presentan una mayor tasa de resangrado por la posibilidad de afectar a la arteria gastroduodenal. De igual manera ocurre en las úlceras gástricas localizadas en la porción alta de la pequeña curvatura y la posibilidad de involucrar a la arteria gástrica izquierda.

Swain encontró que en pacientes con úlcera duodenales con vaso visible no sangrante, la recidiva hemorrágica se produce en el 78% de las úlceras de localización postero-inferior, frente a un 35% con aquéllas localizadas en la porción antero-superior bulbar. Para úlceras gástricas con vaso visible, el resangrado ocurrió en el 78% de las localizadas en la porción alta de la pequeña curvatura frente a un 15% para aquéllas en posición prepilórica.(36)

Con el fin de completar el apartado de la endoscopia, parece importante reseñar el tema de las endoscopías con diagnóstico fallido debido a la presencia de abundante sangre en la luz del tracto digestivo, ya que estos pacientes presentan una mayor morbimortalidad asociado al episodio del HDA.

En un estudio publicado por Chung en el año 2002, a un total de 1459 pacientes con HDA de origen no varicoso se les practicó endoscopia en las primeras 24 h tras acudir a Urgencias, de los cuales en 25 (1.7%) el diagnóstico resultó fallido por abundante presencia de sangre: de éstos, en 16 se realizó segunda endoscopia o intervención quirúrgica. Un vaso sangrante fue identificado en 13 pacientes. Las úlceras gástricas y duodenales fueron las lesiones más comúnmente no visualizadas. La presencia de complicaciones endoscópicas, resangrantes, necesidad de cirugía y mortalidad fueron significativamente mayores en el grupo de pacientes con diagnóstico endoscópico fallido que en resto de pacientes. Los datos de este estudio enfatizan la importancia de una buena preparación antes de la endoscopia, así como de intentar remover la sangre durante la exploración.

3.2.8. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

El tratamiento hemostático endoscópico ha demostrado su eficacia en la reducción de la recidiva de la hemorragia, la necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia y la mortalidad por úlcera gástrica o duodenal(12)(13) que presentan:

- Hemorragia activa a chorro o en sabana
- Vaso visible no sangrante
- Coágulo adherido.

Cuando estos signos de hemorragia reciente se observan en otras lesiones como Mallory-Weiss, lesiones vasculares o tumores, también puede indicarse el tratamiento endoscópico, aunque en estos casos su eficacia no ha sido totalmente establecida.(16)(24)(31)

Técnica

- Las distintas técnicas hemostáticas endoscópicas disponibles, incluyendo esclerosis, coagulación o colocación de clips, han demostrado una eficacia similar, tanto en la obtención de la hemostasia como en la prevención de la recidiva, en pacientes con hemorragia por úlcera gástrica o duodenal.
- La inyección de adrenalina o polidocanol; es una de las técnicas más utilizadas. En general no se inyectan más de 10 a 20 ml de

adrenalina diluída a 1/10.000 o 5 a 10 ml de polidocanol al 1%. No disponemos de estudios con gas argón, pero la experiencia preliminar sugiere también su eficacia.

- Sin embargo, tras el tratamiento hemostático endoscópico, la recidiva de la hemorragia ocurre aún en un 10% a 20% de los pacientes. Los resultados son menos satisfactorios en las úlceras de gran tamaño (>de 2cm) y en ciertas localizaciones como la pequeña curvatura vertical del cuerpo gástrico o la cara posterosuperior del duodeno.

3.2.9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico de urgencia está indicado en la hemorragia masiva o en la hemorragia con sangrado activo arterial que no se controla con el tratamiento endoscópico. (38)

Técnica

- Úlcera gástrica: Es aconsejable la sutura simple o una resección en "cuña" de la lesión. En algunos casos puede ser necesario realizar una gastrectomía parcial y reconstrucción mediante gastroenteroanastomosis en Y de Roux.
- Úlcera duodenal: Sutura del úlcera a través de duodenotomía o pilorotomía. El cierre posterior del duodeno se realizará de forma longitudinal o bien con piloroplastía según la localización de la lesión y

las condiciones locales (si existe fibrosis o estenosis del duodeno, o bien tumefacción producida por la inyección de sustancias esclerosantes).

- Si se realiza una piloroplastia se practicará una vagotomía troncular.
- Si hay dudas de la eficacia hemostática de la sutura se puede realizar, además, una ligadura de la gastroduodenal.
- Neoplasia gástrica: Según el grado de extensión tumoral macroscópico que se objetive durante la intervención y de la localización de la neoplasia, se realizará una gastrectomía subtotal o total con reconstrucción mediante gastroenteroanastomosis o esofaenteroanastomosis en Y de Roux.

CAPÍTULO IV
MATERIAL Y MÉTODOS

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió la información de 68 historias clínicas de pacientes con hemorragia digestiva, obteniendo una cobertura del 100%, los cuales cumplieron con los criterios de selección, en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período Enero 2005 – Diciembre 2006.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 2005 – 2006.
- Pacientes que contaron con informe de endoscopia alta realizada durante la hospitalización en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Historia clínica que contaba con datos de filiación y antecedentes requeridos para el estudio.
- Casos de pacientes mayores de 14 años.
- Casos en pacientes de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Casos de Hemorragia Digestiva Alta sin estudio e informe endoscópico consignado en la historia clínica.
- Historias clínicas incompletas, con diagnóstico clínico de HDA sin adecuado sustento clínico.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el proceso de recolección de datos se listaron los casos de Hemorragia Digestiva Alta consignados en el Registro de Egresos del Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Luego se obtuvieron los datos de interés para el estudio, de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección en una ficha elaborada para el objeto, el cual fue revisado minuciosamente por investigadores de la especialidad. (Anexo 1).

En el presente trabajo de investigación como técnicas para el procesamiento de la información y análisis de datos, se han considerado los siguientes: Discriminación, Codificación, Tabulación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Terminada la recolección de datos se procedió al procesamiento de los mismos en el programa EpiInfo 2005 para su análisis estadístico.

Se realizó las pruebas de estadística descriptiva (frecuencia y porcentajes), teniendo en cuenta en todo momento, el perfil descriptivo del estudio.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

RESULTADOS

TABLA N° 1

FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA 2005-2006

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	17	25,0%
Masculino	51	75,0%
Total	68	100,0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla N° 1. Se evidencia que existe mayor frecuencia de pacientes con HDA de sexo masculino con 51(75%) pacientes y 17 (25%) pacientes de sexo femenino, con una relación de 3:1.

GRAFICO N° 1

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES CON HDA
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

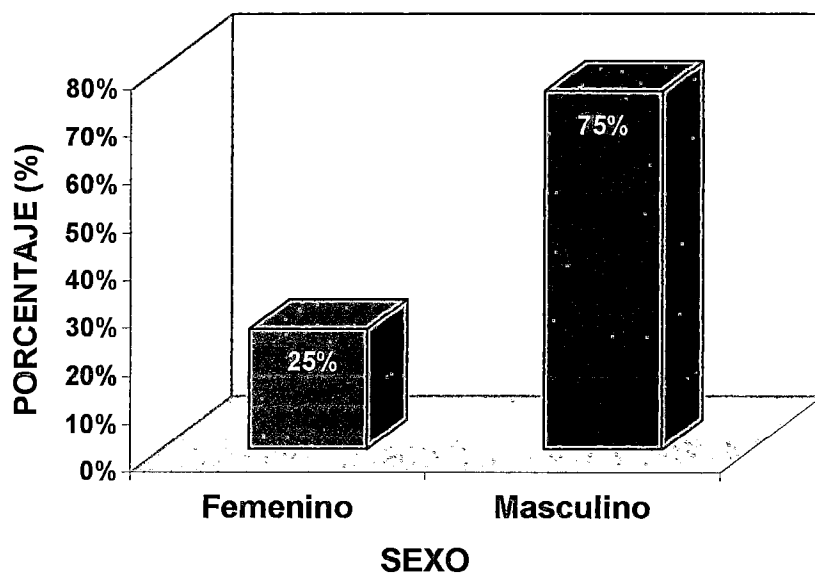


TABLA Nº 2

**FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA 2005-2006**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14-19	3	4,4%
20-29	19	27,9%
30-39	4	5,9%
40-49	15	22,1%
50-59	14	20,6%
60-69	5	7,4%
> 70	8	11,8%
Total	68	100,0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla Nº 2. Se evidencia que el mayor numero de pacientes con HDA se encuentra el grupo etareo 20 – 29 años (27.9%), seguido del grupo etareo 40 – 49 años (22.1%) y 50 – 59 años (20.6%), en menor proporción otros grupos etéreos. Sin embargo afecto predominantemente a los mayores de 40 años ya que la suma de las frecuencias superan ampliamente a los menores de 39 años (26 y 42 pacientes respectivamente).

GRAFICA N° 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON HDA
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006

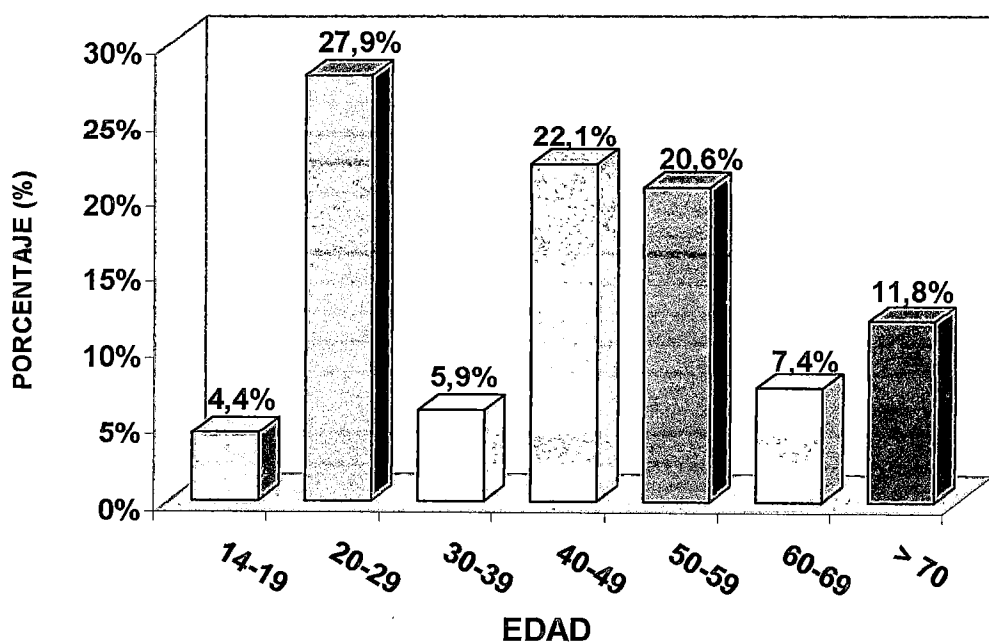


TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE EDAD SEGÚN SEXO DE PACIENTES CON HDA
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

Edad	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
14-19	2	3,9%	1	5,9%
20-29	14	27,5%	5	29,4%
30-39	3	5,9%	1	5,9%
40-49	10	19,6%	5	29,4%
50-59	11	21,6%	3	17,6%
60-69	5	9,8%	0	0,0%
Mayor de 70	6	11,8%	2	11,8%
Total	51	100%	17	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla N°3. Se evidencia que existe mayor frecuencia de pacientes con HDA en el grupo etareo 20-29 años para el sexo masculino; En relación al sexo femenino, la mayor frecuencia de HDA se encuentra en igual proporción en los grupos etéreos de 20-29 años y 40-49 años con 29.4%.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SEXO Y EDAD EN PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006

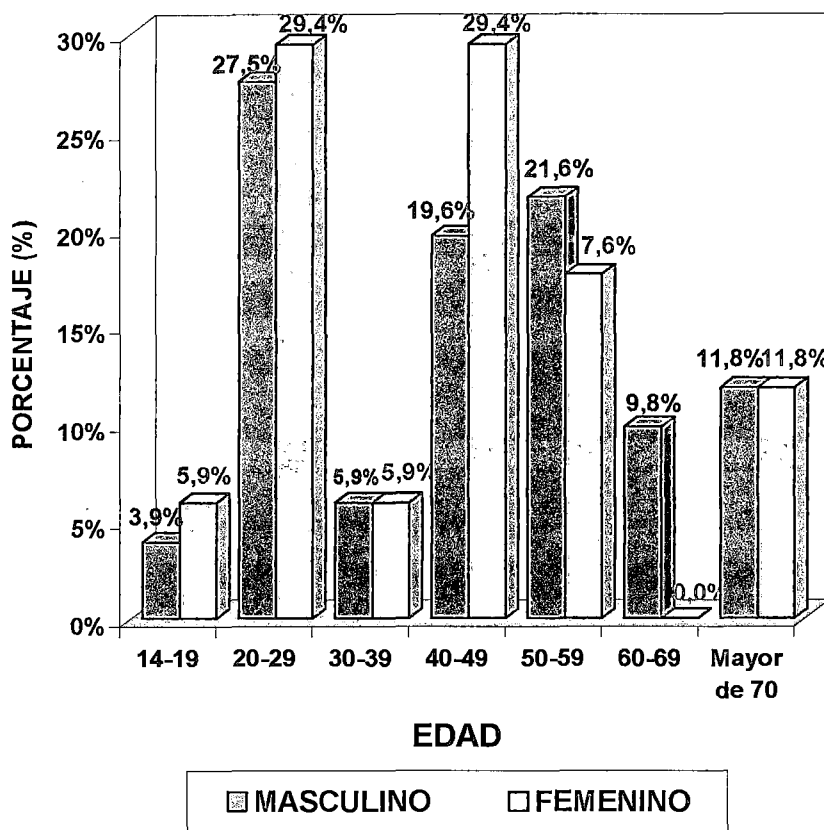


TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACIÓN EN PACIENTES
CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

Ocupación	N	%
Agricultor	10	14,7
Comerciante	14	20,6
Empleado	17	25,0
Estudiante	9	13,2
Su casa	13	19,1
Otros	5	7,4
Total	68	100,0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla N° 4, Se evidencia que del total de pacientes 68 (100%), correspondieron 17 (25%) pacientes al grupo ocupacional "empleado"; seguido del grupo ocupacional "comerciante" con 14 (20.6%) pacientes, y "su casa" con 13 (19.1%) pacientes.

GRAFICA Nº 4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN OCUPACIÓN EN PACIENTES CON
HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

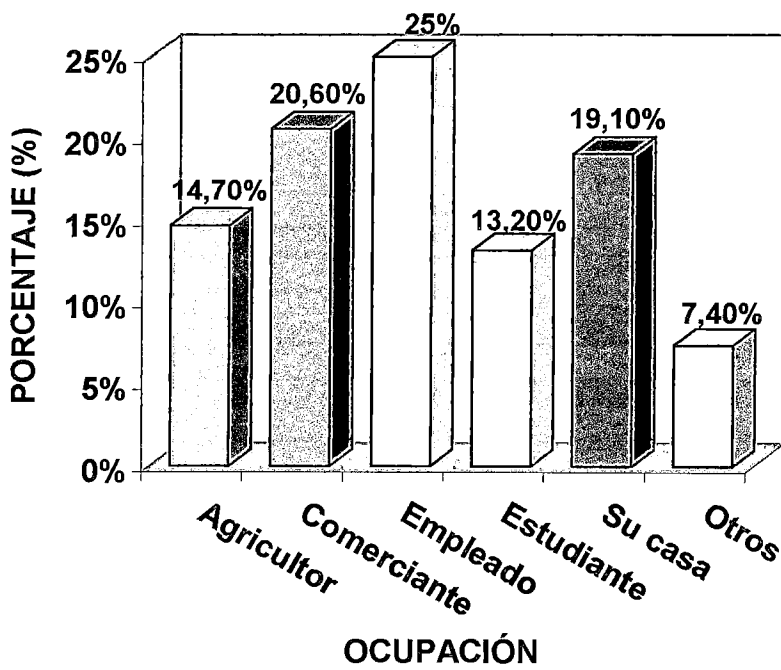


TABLA Nº 5

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN
PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	2	2,9%
Primaria	19	27,9%
Secundaria	29	42,6%
Superior	18	26,5%
Total	68	100,0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla Nº 5. Se evidencia que del total de pacientes, correspondieron 29 (42.6%) pacientes al Nivel de Instrucción "secundaria", seguida del nivel "primario" con 19 (27.9%) pacientes y nivel "superior" con 18 (26.5%) pacientes.

GRAFICA Nº 5

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN
PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

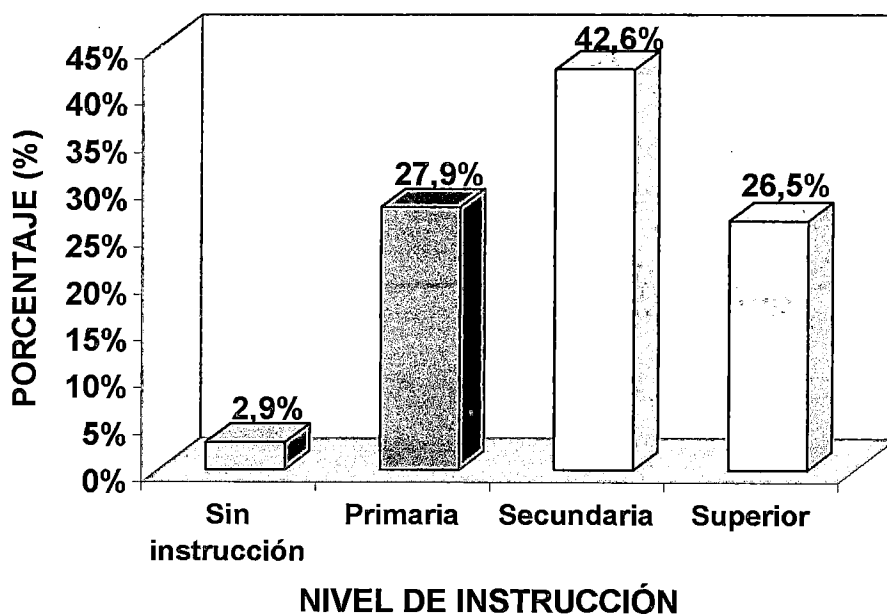


TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Y/O ENFERMEDADES COEXISTENTES EN PACIENTES CON HDA
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

Enfermedades Coexistentes	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	19	27,9%
Consumo AINES	11	16,2%
Diagnóstico Anterior HDA	3	4,4%
Enf. Articulares	1	1,5%
Enf. ácido péptica	10	14,7%
Fármacos gastrolesivos	4	5,9%
Hepatopatía crónica no viral	13	19,1%
Insuficiencia renal crónica	2	2,9%
Tabaco	1	1,5%
Ninguno	4	5,9%
Total	68	100,0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla N°6. Las patologías expresadas como antecedentes y/o coexistentes de los pacientes con HDA, en orden de frecuencia fueron: Alcoholismo con 19 (27.9%) pacientes; Hepatopatía crónica no viral con 13 (19.1%) pacientes; Consumo de AINES con 11 (16.2%) pacientes; y en 10 (14.7%) pacientes con Enfermedad ácido péptica.

GRAFICA Nº 6

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Y/O ENFERMEDADES COEXISTENTES EN PACIENTES CON HDA
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

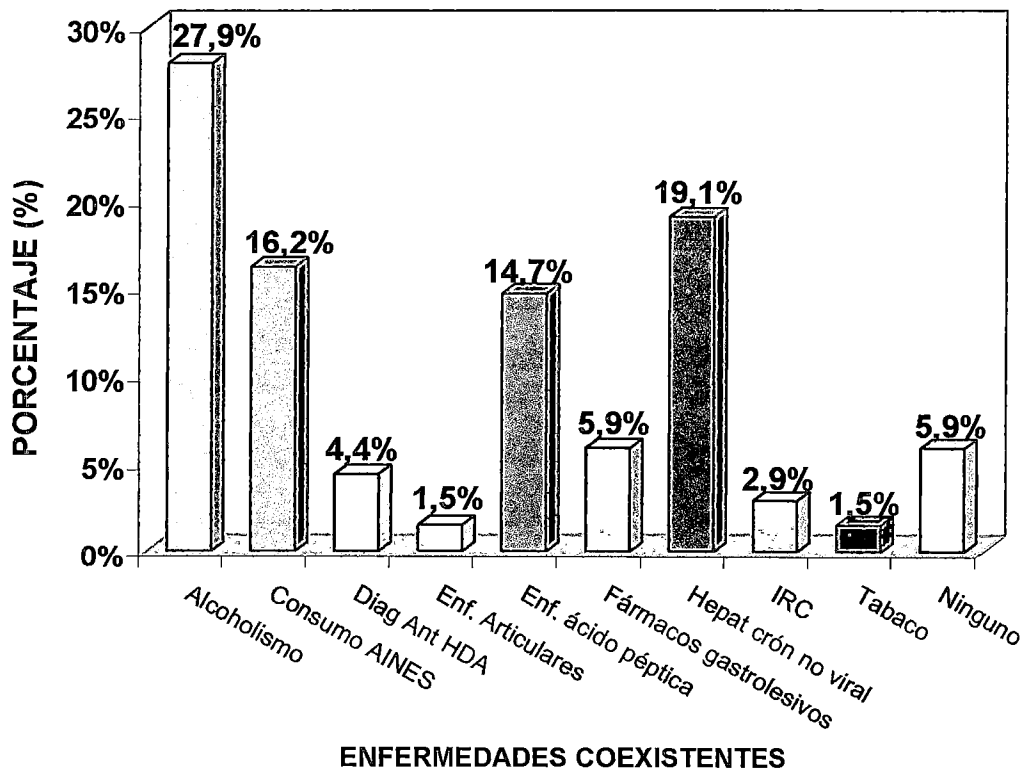


TABLA N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRAFICA
DE LAS LESIONES DETERMINADA POR ENDOSCOPIA ALTA EN
PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

Ubicación Topográfica	Frecuencia	Porcentaje
Esófago	8	11,8%
Estómago	44	64,7%
Duodeno	10	14,7%
Est.- Duod.	6	8,8%
Total	68	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla N°7. Se evidencia que la ubicación topográfica más frecuente fue la gástrica con 44 (64.7%) pacientes, seguida de duodeno con 10 (14.7%) pacientes y esófago con 8 (11.8%) pacientes. En 6 (8.8%) pacientes la ubicación topográfica fue estómago-duodeno simultáneamente.

GRAFICA N° 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LAS LESIONES DETERMINADA POR ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006

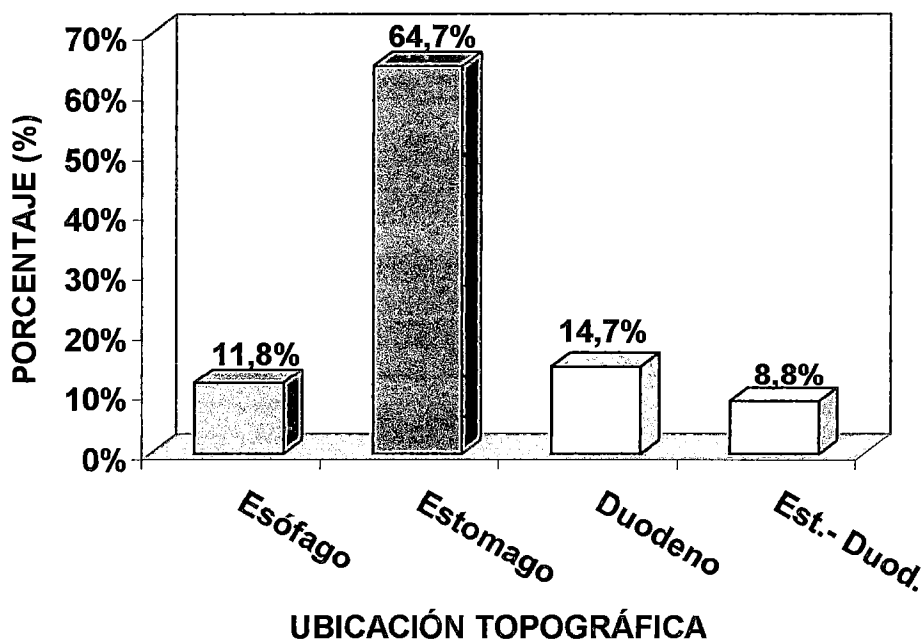


TABLA Nº 8

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO
EN PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO		N	%
HDA Variceal	Esofágica	8	11,8%
	Gástrica	1	1,5%
HDA No Variceal	Enf. Dieulafoy	3	4,4%
	LAM. Gástrica	30	44,1%
	Les. Ulcerosa	22	32,4%
	Mallory Weiss	2	2,9%
	Otros	2	2,9%
	Total	68	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla Nº8. Se evidencia que la causa más frecuente de HDA es de origen no variceal (86.7%). De los cuáles 30 (44.1%) pacientes presentó Lesión Aguda de Mucosa Gástrica (LAMG), seguida de la Lesión Ulcerosa (Úlcera Péptica) con 22 (32.4%) pacientes y Várices Esofágicas con 8 (11.8%) pacientes..

GRAFICA N° 8

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO EN
PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

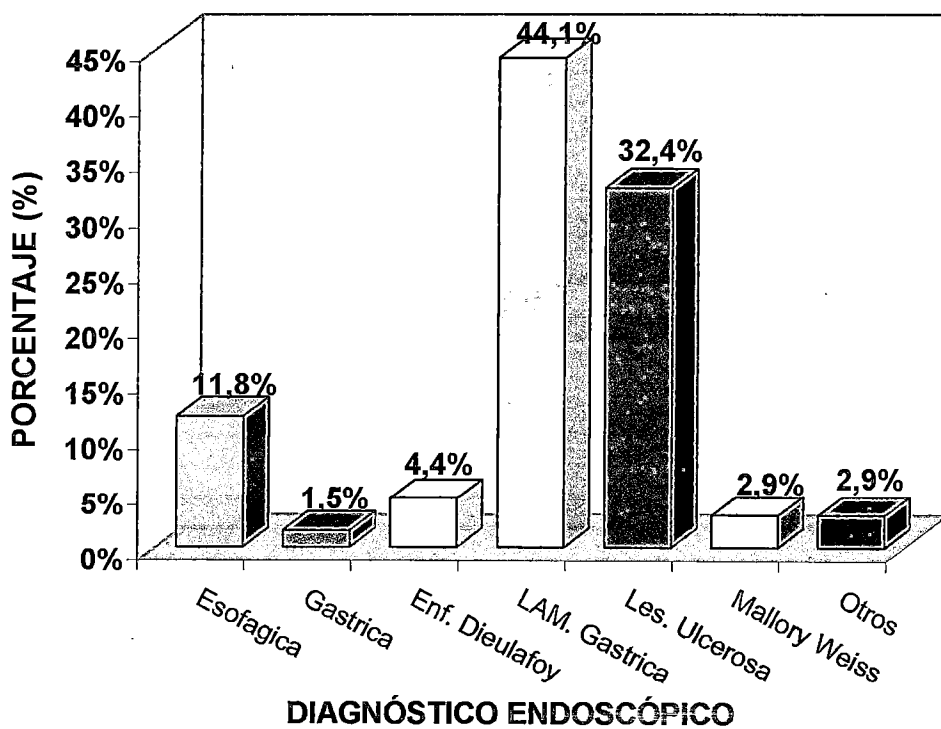


TABLA N°9

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES
ULCERADAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE FORREST EN PACIENTES
CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

FORREST	ESTÓMAGO		DUODENO	
	N	%	N	%
la	0	0,0%	0	0,0%
lb	2	16,7%	0	0,0%
IIa	3	25,0%	2	11,8%
IIb	5	41,7%	4	23,5%
IIc	0	0,0%	4	23,5%
III	2	16,7%	7	41,2%
TOTAL	12	100%	17	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla N°9. Se evidencia que respecto a las lesiones ulceradas es mayormente frecuente la úlcera duodenal (17 casos) sobre la gástrica (12 casos), y según la clasificación de Forrest en estómago fue más frecuente el tipo IIb con 5(41.7%) casos, seguido de IIa con 3(25%) casos, y a nivel duodenal fue más frecuente la de tipo III con 7(41.2%) casos, seguido de IIb y IIc ambos con 4(23.5%) casos.

GRAFICO Nº 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES
ULCERADAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE FORREST EN PACIENTES
CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006

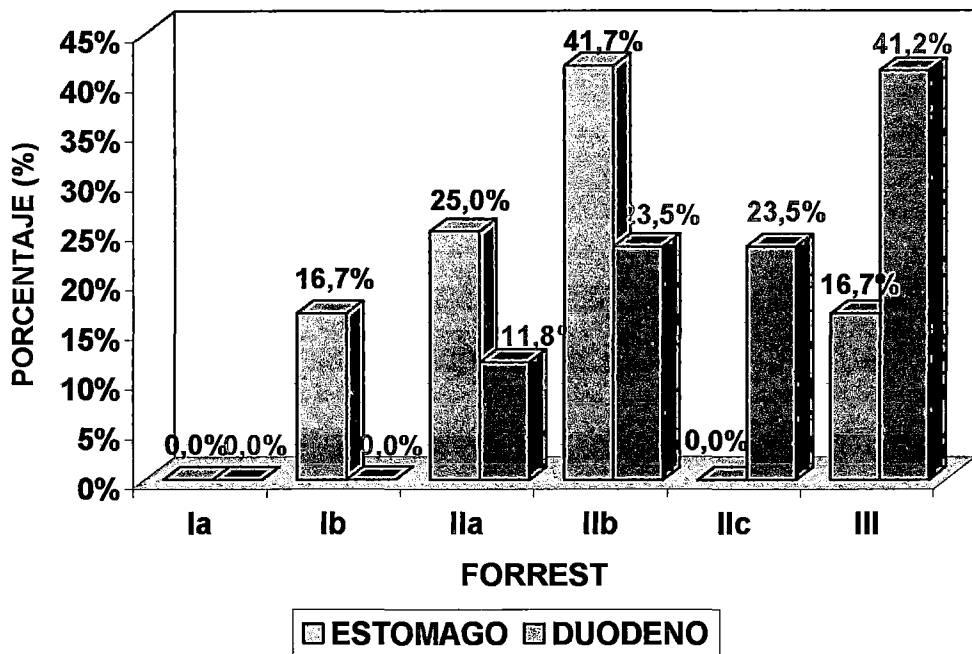


TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN INTENSIDAD DE SANGRADO TOPOGRÁFICA DE LAS LESIONES DETERMINADA POR ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006

Gravedad de Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Leve	42	61,8%
Moderada	20	29,4%
Severa	6	8,8%
Total	68	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la **Tabla N° 9**. Se evidencia según la intensidad de sangrado la predominancia de tipo leve con 42 (61.8%) pacientes, seguido de tipo moderado con 20 (29.4%) pacientes y severo con 6 (8.8%) pacientes.

GRAFICA N° 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN INTENSIDAD DE SANGRADO TOPOGRÁFICA DE LAS LESIONES DETERMINADA POR ENDOSCOPIA ALTA EN PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006

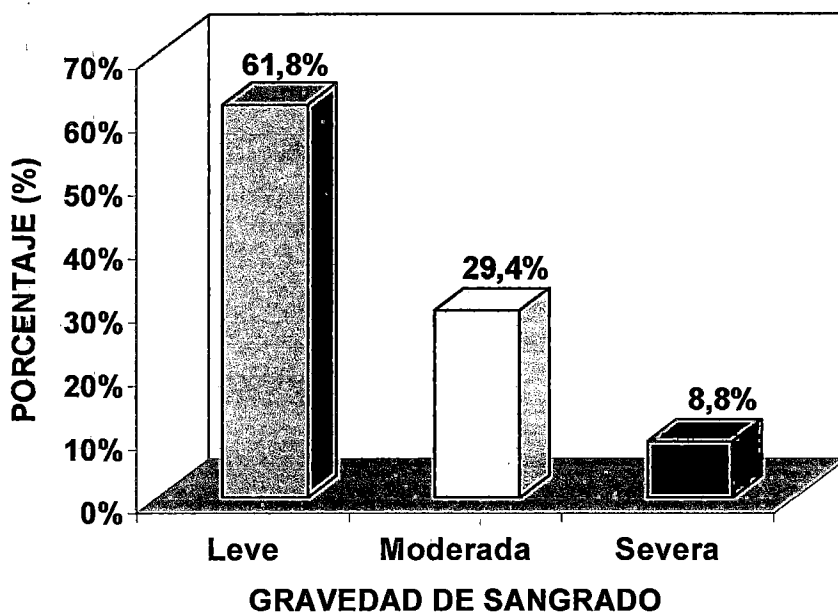


TABLA Nº 11

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE
LOS PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**

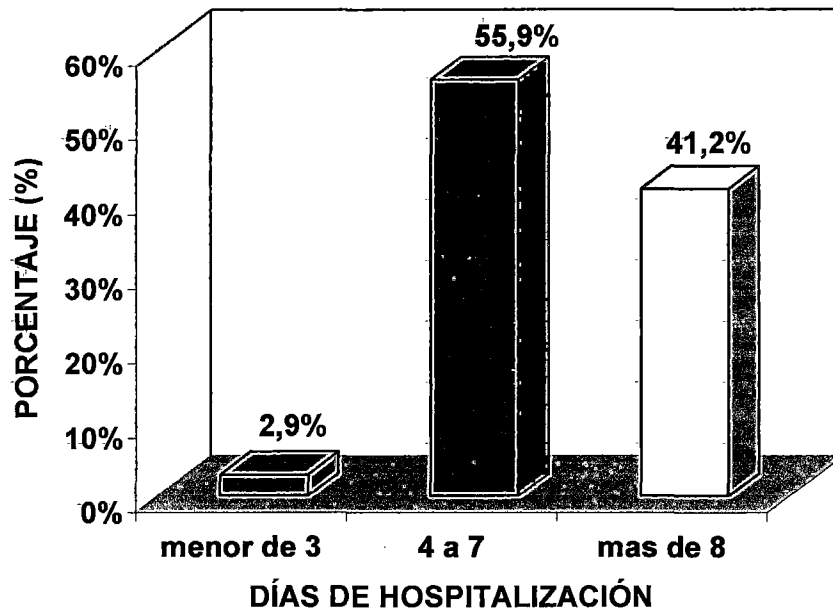
Días de Hospitalización	N	%
menor de 3	2	2,9%
4-7	38	55,9%
más de 8	28	41,2%
Total	68	100%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo)

En la Tabla Nº 11. Se evidencia que del total de pacientes 68(100%); 38 (55.9%) pacientes permanecieron hospitalizados entre 4 a 7 días. Seguido de 28(41.2%) pacientes con más de 8 días de estancia hospitalaria.

GRAFICA Nº 11

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE
LOS PACIENTES CON HDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2005-2006**



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En el presente estudio hacemos una descripción de las características de la hemorragia digestiva alta (HDA) en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Caracterizamos la HDA según aspectos demográficos de la población de Tacna, con base en los datos de filiación de los pacientes incluidos en nuestro estudio.

La mayoría de los pacientes correspondió a varones (75%). Nuestros hallazgos son similares a los descritos por Roberto Salomón Apaza en el Hospital de EsSalud III de Puno, el cual refiere que el 76.3% correspondió al sexo masculino. Asimismo concuerdan con lo reportado por la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, mostrando una frecuencia de 62.0% en varones.

Encontramos predominancia en frecuencia de pacientes mayores de 40 años, ya que la suma de las frecuencias superan ampliamente a los menores de 39 años. Esto concuerda con lo reportado por Carlos Eyzaguirre Soto en el Hospital Militar del Perú, y Roberto Salomón Apaza en el Hospital EsSalud III de Puno. En nuestro estudio llama la atención encontrar que la mayor frecuencia de HDA fue en el grupo etareo de 20 – 29 años (27.9%), el cual se debería al consumo de

agentes gastrolesivos que estamos expuestos continuamente desde edades tempranas y al alto porcentaje del consumo de alcohol.

Se encontró que la mayor frecuencia de HDA con respecto a grupos ocupacionales fue de 25% para "empleado", seguidamente de 20.6% para "comerciante" y 19.1% para el grupo ocupacional "su casa", resultado similar a lo reportado por Roberto Salomón Apaza en el Hospital EsSalud puno. Asimismo se encontró con mayor frecuencia en pacientes con nivel de instrucción "secundaria" con 42.6%.

Respecto a patologías expresadas como antecedente y/o enfermedades coexistentes para su caracterización, en nuestro estudio encontramos una considerable coexistencia de alcoholismo (27.9%) que obviamente se correspondería a la probabilidad de complicación a HDA. En segundo lugar la hepatopatía crónica no viral (19.1%). Seguidamente, el consumo de AINES (16.2%) y enfermedad ácido péptica (14.7%), estos últimos parecen ir a la par para predisponer a los pacientes a eventos de HDA, lo cual ha sido mencionado en otros estudios, como el de Manrique en el 2000.

Sobre la localización topográfica de las lesiones, en nuestro estudio predominó la localización gástrica (64.7%), seguida de localización en duodeno (14.7%) y esófago (11.8%). Dichos resultados concuerdan con los resultados de la encuesta de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE),

Saldarriaga en el Hospital Nacional 2 de Mayo – Lima, y por Roberto en el Hospital EsSalud III de Puno. Cabe resaltar que el total de procedimientos endoscópicos se realizaron después de las 48 horas. Debiéndose tal vez a la accesibilidad y aceptación por parte del paciente a dicho procedimiento. Así también a la habilidad y experiencia del especialista.

La etiología más frecuente de HDA en nuestro estudio fue las lesiones agudas de la mucosa gástrica (LAMG) con 44.1%. En el segundo lugar fue úlcera péptica con 32.4%, seguido de várices esofágicas (11.8%), Síndrome de Mallory Weis (2.9%). A diferencia con otros estudios como publicaciones de la ASGE (sociedad americana de endoscopia gastrointestinal), Carlos Eyzaguirre en el Hospital Militar del Perú; la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; y Roberto Salomón Apaza en el Hospital EsSalud III de Puno; donde muestran como etiología más frecuente de HDA la úlcera péptica. Similarmente a otros estudios, otras lesiones se encuentran en baja proporción, entre ellas el síndrome de Mallory Weiss, enfermedad de Dieulafoy.

Respecto a las lesiones ulceradas, es mayormente frecuente la úlcera duodenal, sobre la gástrica, resultado similar a la mayoría de las publicaciones, como lo reportado por la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Lima. y por Roberto Salomón Apaza en el Hospital EsSalud de Puno.

Según la clasificación de Forrest; en estómago fue más frecuente la de tipo IIb con 5 casos (41.7%), seguido de IIa con 3 casos (25%), y a nivel duodenal fue más frecuente la de tipo III con 7 casos (41.2%), seguido de IIb y IIc ambos con 4 casos (23.5%). Y en la suma de frecuencias de los casos, fue del siguiente orden: IIb - III simultáneamente, seguido de IIc, y IIa. Dato que difiere de lo informado por la Unidad de HDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Lima; y Roberto Salomón Apaza. Sin embargo coincide con lo reportado por Consuelo Obregón Aquino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

Respecto a la valoración de la intensidad del sangrado en pacientes con HDA, se encontró que 61.8% presentaron sangrado leve, el 29.4% sangrado moderado y el 8.8% sangrado severo. Nuestros hallazgos son similares a los descritos por Roberto Salomón Apaza; y Patricia P. Galdos.

En la realización de nuestro estudio se encontró 118 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, de los cuáles se realizaron estudio de endoscopia a solo 68 pacientes (57.6%). Existiendo un gran número de pacientes sin estudio endoscópico. La mayoría de los autores recomiendan su realización a todo paciente con hemorragia digestiva alta, dentro de las primeras 24 horas desde su ingreso hospitalario.

CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se caracteriza:

Demográficamente por:

- Ser más frecuente en el sexo masculino.
- Predomina en mayores de 40 años.
- Los grupos ocupacionales “empleado”, “comerciante” y “su casa” son los más afectados.
- Es más frecuente en el nivel de Instrucción “secundaria”.

En el contexto de antecedentes patogénicos y/o enfermedades coexistente por:

- El alcoholismo, la hepatopatía crónica no viral y el consumo de AINES son las patologías más comúnmente coexistentes con la HDA.

Según localización topografía y etiología por:

- Ser más frecuente la localización topográfica en tejido gástrico.
- La etiología más frecuente de la HDA son las Lesiones Agudas de Mucosa Gástrica, seguida por la úlcera péptica, y del sangrado de várices esofágicas.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Al Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna:

- Educar al paciente portador de lesiones con riesgo de sangrado digestivo alto acerca de de eventos desencadenantes, particularmente “alcoholismo”, ya que en nuestro estudio encontramos una considerable coexistencia.
- Reforzar la educación preventiva multidisciplinaria a favor del paciente, con participación interactiva del personal de salud, paciente, entorno familiar y social.
- La implementación de un protocolo de manejo, en donde incluya la realización de estudio endoscópico, dirigido a todo paciente que ingresa al servicio con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
- Fomentar la implementación y mejoramiento del equipo endoscópico para uso no sólo de diagnóstico, sino también terapéutico.
- Incorporar la realización de biopsia a todo paciente con diagnóstico de hemorragia digestiva alta para el descarte de infección por *Helicobacter pylori*.

A la dirección del Hospital Hipólito Unanue de Tacna:

- Capacitar al personal médico de forma permanente para así ofrecer calidad de atención.
- Continuar impulsando los estudios de investigación, asimismo facilitar la difusión de los resultados.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Llorens P. Actitudes y definiciones en la hemorragia digestiva alta. Series clínicas 1992; 9 (1): 229-263.
- 2) Teres J., Valenzuela J. Hemorragia digestiva alta y baja. En: Valenzuela J. Rodés J.: Gastroenterología y Hepatología. Santiago: Mediterráneo, 1996: 55-66.
- 3) Silverstein. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: I Study design and baseline data. Gastrointest Endosc 1981;27:73.
- 4) Medina Portugal Jesús G. Hemorragia Digestiva Alta: Características Clínicas, Epidemiológicas y Endoscópicas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión - Callao. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina para obtención del grado de Bachiller. Arequipa; s.n; 17 abr. 1997. 85 p. ilus. (Lilacs)
- 5) Zaltman Cyrla, De Souza Heitorn Siffert, Castro Maria Elizabeth, y col. Upper Gastrointestinal Bleeding in a Brazilian Hospital: a retrospective study of endoscopic records. Arq. Gastroenterol. Vol.39 no.2 Sao Paulo Apr./june 2002.
- 6) Villanueva Palacios, Javita; López de Guimaraes, Douglas; Avila Polo, Francisco. Hemorragia digestiva alta en los andes peruanos: reporte de 115 casos observados en Huaraz / Upper gastrointestinal bleeding in peruvian highlanders: Report of 115 cases from Huaraz. Rev. gastroenterol. Perú;16(2):99-104, mayo-ago. 1996. (Lilacs)

- 7) Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population – based study. Am J Gastroenterol 1995; 90(2): 206-210.
- 8) Berrios, Jorge; Sedano, Oscar; Calle, Elizabeth; Montero, Freddy; Manrique, José; Hinojosa, Emilio. Hemorragia Digestiva Alta en los habitantes de las grandes alturas del Perú / Gastrointestinal Hemorrhage in peruvians highlanders. Rev. gastroenterol. Perú;16(1):13-8, ene.-abr. 1996
- 9) Velásquez H, Espejo H, Ruiz E, Contardo C, Ichivanagui C, Román R et al. Reporte de 4772 hemorragias digestivas en una unidad de sangrantes. En: Resúmenes de comunicaciones libres XXVII Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas indizado en: Rev Gastroenterol Per. 2001; Saldarriaga Infante, María; Gallegos Catachura Jimmy; Cabrera Solórzano, Marco; y col. Etiología y Topología por Endoscopia Alta de la Hemorragia Digestiva Alta. Hospital Nacional Dos de Mayo. Libro de Resúmenes - XII Congreso Nacional de Medicina Interna, 2002, pg 35.
- 10) Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T ed, Textbook of Gastroenterology. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005. 714-743.
- 11) Gostout CJ; Wang KK; Ahlquist DA; Clain JE; Hughes RW; y col. Acute gastrointestinal bleeding. Experience of a specialized management team. J Clin Gastroenterol; 14(3):260-7, 1992 Apr (Lilacs).

- 12) Paucar S H, Cossio VE, Lizarraga R J. Upper gastrointestinal bleeding in cuzco: two years experience. Rev Gastroenterol Perú. 1996 Sep-Dec;16(3):203-7. (Pub Med – Medline)
- 13) Farreras-Rozman. Medicina Interna, 14^a. Edición. Ediciones Hartcourt 2000, 1 (7): 311-315
- 14) Sierra, F; Hernández, B; Botero, R. Hemorragia de vías digestivas altas, incidencia en 20.000 endoscopias. Fuente: Rev. colomb. gastroenterol;9(4):175-85, oct.-dic. 1994. (Lilacs)
- 15) Gomes, Guilherme F; Pisani, Júlio C; Macedo, Evaldo D; y col. Hemorragia Digestiva Alta Não Varicosa: Estudo prospectivo dos fatores prognósticos / Non-varicose upper gastrointestinal hemorrhage: prospective study of prognostic factors. GED gastroenterol. endosc. dig;19(4):147-150, jul.-ago. 2000 (Lilacs)
- 16) Collaguazu, Pablo M. Cacuango; Andreollo, Nelson Adami; Lopes, y col. A importância da endoscopia terapêutica na hemorragia aguda por úlcera péptica: estudo retrospectivo em hospital universitário / The importance of therapeutic endoscopy in the hemostasis of bleeding peptic ulcers: retrospective study in the university hospital GED gastroenterol. endosc. dig;12(2):41-6, abr.-jun. 1993. (Lilacs)
- 17) Carvallo, Osvaldo; Ledo G., Juan Carlos. Hemorragia digestiva alta / Upper tract digestive hemorrhage. Cochabamba; s.n; nov. 1987. 23 p. (Lilacs)

- 18) Bustinza Salas, Gustavo F. Hemorragia digestiva alta en el Hospital Central FAP 1994 - 1996. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina para obtención del grado de Bachiller. Arequipa; UNSA; jul. 1996. 88 p. ilus.
- 19) Sugawa C, Steffes CP, Nakamura R y col. Upper GI bleeding in an urban hospital: etiology, recurrence and prognosis. Ann Surg 1990;212:521-6.
- 20) Ichivanagui Rodríguez Carlos. Hemorragia digestiva alta por patología no ulcerosa no variceal. Enfermedades del Aparato Digestivo 2002;5(4):21-24.
- 21) Manrique Tejada Pedro F. Hemorragia Digestiva Alta asociada al uso de AINEs en la Unidad de Hemorragia Digestiva del HNERM no debida a várices sangrantes. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina para obtención del grado de Especialidad en Gastroenterología. Arequipa; s.n; 9 oct. 1998. 55 p. (Lilacs)
- 22) Arce Sonco, Glenda. Factores de Riesgo en pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica. Tesis: Presentada en Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina para obtención del grado de Bachiller. Arequipa; s.n; 3 Sept. 1997.52 p. Ilus.(Lilacs)
- 23) Park KG, Steele RJ, Mollison J Prediction of recurrent bleeding after endoscópico haemo stasismin non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. Br J Surg 1994;81:1465-8.
- 24) Loperfido S, Monicá F, Maifreni L, Paccagnella y col., Bleeding peptic ulcer occurring in hospitalized patients: análisis of predictive and risk factors and

- comparison with out-of-hospital onset of hemorrhage. *Dig Dis Sci* 1994;39:698-705
- 25) Chojkier M, Laine L, Conn HO, y col., Predictors of outcome in massive upper gastrointestinal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol* 1986;8:16-22.
- 26) Katschinsky B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J,. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1994; 39:706-12.
- 27) Yavorski RT; Wong RK; Maydonovitch C; Battin LS; Furnia A. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol*; 90(4):568-73, 1995 Apr.
- 28) Ferreira, Lincoln Eduardo Villela Vieira de Castro. Gastropatia hipertensiva portal / Portal hypertensive gastropathy. *HU rev*;24(1):31-46, jan.-abr. 1998 (Lilacs)
- 29) Manzoni G, Catalano F, Festini M, Lombardo F, Kind R, y col. Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study [Article in Italian] *G Chir.* 2002. May;23(5):199-204 (Pub Med)
- 30) Gupta. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *New England Journal of Medicine* 1987;316(26):1652
- 31) Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet*, 1974;2:394-7.
- 32) Mondardini A, Barletti C, Rocca G y col. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding and Forrest's classification: diagnostic agreement between endoscopists from the same area. *Endoscopy* 1998;508-12

- 33) Villacís, Patricia; Jiménez, Pablo; Argotti, Marco. Helicobacter pylori y sangrado digestivo en pacientes críticos / Digestive Helicobacter pylori and bled in critical patients. Metro cienc;11(1):29-30, abr. 2002 (Lilacs)
- 34) Vega, A. E; Mattana, C. M; Gómez, P; Majul, R; Centorbi. Diagnóstico de infección por Helicobacter pylori en pacientes dispépticos de la Ciudad de San Luis, Argentina, utilizando métodos invasivos / Helicobacter pylori infection diagnosis in dyspeptic patients from the City of San Luis, Argentina, using invasive methods.Rev. argent. microbiol;32(2):104-108, abr.-jun. 2000 (Lilacs)
- 35) Fuenmayor, B; Cavazza, M; Beltrán de Luengo, H; Gallegos, B; Inciarte, A. Infección por Helicobacter pylori en pacientes con patología gastrointestinal benigna / Infection by Helycobacter pylori in patients with benign gastrointestinal pathology. Rev. Soc. Venez. Microbiol;22(1):27-31, ene.-jun. 2002 (Lilacs)
- 36) Díaz, Sandro; Deleones, Jacqueline; Arcia, Rosa; Soto, Eloisa de; Reyes, Rómulo. Incidencia de helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de vías digestivas / Incidence of helicobacter pylory in patients symptomatic pathways digestive. Rev. Soc. Méd.-Quir. Hosp. Emerg. Pérez de León;32(1):47-51, jun. 2001. (Lilacs)
- 37) Cotran, Vkumar y T. Collins. Robbins. Pathologic Basis of Disease. McGwaw-Hill-Interamericana de España, S.A.U. 2000 (18): 823-827

- 38) Rockall TA, Logan RF, Devlin HB. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *Br. Med J* 1995;311:222-6.
- 39) Weiss S, Mallory GK: Lesions of cardiac orifice of the stomach produced vomiting. *JAMA* 98:1353,1932
- 40) Tratado de cirugía 2000; Dr Raul Romero Torrez, tercera edición, impreso en el Peru 1027-085

CAPÍTULO X

ANEXOS

ANEXO I

CARACTERIZACIÓN TOPOGRÁFICA Y ETIOLÓGICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITALHIPÓLITO UNANUE DE TACNA. AÑOS 2005 – 2006

Fecha de hospitalización:.....
Nombre:Nº HCL:.....
Edad: a)14-19 b)20-29 c)30-39 d)40-49 e)50-59 f)60-69 g) >70
Sexo: a) masculino: b) femenino:

Ocupación:.....
Instrucción: a) analfabeto: b) primaria: c) secundaria: d) superior:
Fecha de egreso:.....

Hcto de ingreso:

ANTECEDENTES - ENFERMEDADES COEXISTENTES:

- 1) Anterior diagnóstico de HDA
- 2) Alcoholismo
- 3) Hepatopatía crónica no viral
- 4) Enfermedad ácido péptica
- 5) Consumo de AINES
- 6) Empleo de fármacos gastrolesivos
- 7) Enfermedades articulares (osteoartrosis, artritis reumatoide)
- 8) Insuficiencia renal crónica
- 9) Tabaco
- 10) Ninguno
- 11) Otros:.....

EXAMEN CLÍNICO

SEVERIDAD DE LA HEMORRAGIA

- a.Presión arterial:
b.Pulso:
c.Frecuencia cardiaca: a.- leve:
d.Diuresis: b.- moderada:
e.Frecuencia respiratoria: c.- severa:
f.Estado mental
g.Palidez:

UBICACIÓN TOPOGRAFICA DE LA HDA:

- 1) Esófago: 2) Estómago: 3) Duodeno: 4) Gastro-duodenal:

DIAGNÓSTICO ENDOSCOPICO:

- 1) HDA VARICEAL: a) ESOFÁGICA: b) GÁSTRICA:
2) HDA NO VARICEAL:
a) Lesión aguda de mucosa: 1) ESOFÁGICA: 2) GÁSTRICA:
b) Síndrome de Mallory Weiss
c) Angiodisplasia
d) Enfermedad de Dieulafoy
e) LESIÓN ULCERADA:

FORREST	Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	III
Estómago						
Duodeno						

f) Otras lesiones: