



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

**“Causas más frecuentes que condicionan
sangrado de tubo digestivo alto no variceal, y
tratamiento requerido**

**TESIS QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**

PRESENTA:

LOURDES PATRICIA REYES PASCUAL

DIRECTOR DE TESIS

ESP. JOSÉ MARIO HERIBERTO TORRES COSME

ESP. EMMANUEL ISAAC GUZMÁN

Mayo de 2011

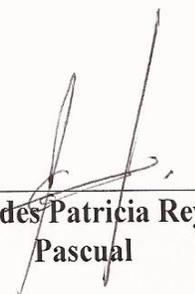


INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 31 del mes enero del año 2011, la que suscribe **Lourdes Patricia Reyes Pascual** alumna del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080926**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Esp. José Mario Heriberto Torres Cosme** y del **Esp. Emmanuel Isaac Guzmán Azar** cede los derechos del trabajo intitulado “**Causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal, y tratamiento requerido**”, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección lurepas@hotmail.com Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



**Lourdes Patricia Reyes
Pascual**

AGRADECIMIENTOS:

Esta tesis está dedicada a mis hijos Lino, Rodrigo y Alejandro, quienes son el porqué de mi vida.

***A Dios:** por haber estado siempre a mi lado, para darme la fortaleza y la sabiduría, para aplicar los conocimientos en beneficio de los pacientes y por haberme permitido seguir adelante, para alcanzar una de las muchas metas en mi vida.*

***A mis Padres Enrique y Lourdes:** por enseñarme a ser mejor cada día, gracias a su dirección, comprensión y apoyo en todos los momentos, ya que sin ellos no hubiera sido posible haber llegado hasta aquí.*

***A Erik:** el amor de mi vida, mi amigo y compañero. Gracias por tu paciencia. Comprensión y confianza ya que es debido a ello que he llegado a realizar uno de mis grandes sueños.*

***A mis hijos Lino, Rodri y Alex:** lo que más amo, ya que ellos fueron mi inspiración para seguir adelante en los momentos más difíciles del camino y poder crecer no solo profesionalmente sino como persona y ser siempre un orgullo para ellos. Hijos los Amo.*

***A mis hermanos Enrique y Laura:** que siempre han confiado en mí y de quienes he recibido apoyo desde el primer día.*

***A mis maestros:** que han sido indispensable en mi formación profesional gracias por su disposición y ayuda al haberme transmitido sus conocimientos y por haberme señalado oportunamente mis errores.*

***Al Dr. Montejo Fraga:** por confiar en mí y por haber sido un gran amigo y maestro.*

***A mis compañeros:** Rosa, Abigail, Irma, Martha, Marco, Ángel, Arturo, Antonio y en especial a Nadxjeli. Gracias, por las experiencias vividas a su lado, en los buenos y malos momentos, pero sobre todo por su amistad sincera.*

***A todo el personal que labora en el Hospital:** por su ayuda y disposición durante mi aprendizaje.*

***A mis pacientes:** que han sido para mí la mejor enseñanza.*

ÍNDICE

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS	4
GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS	5
RESUMEN	6
SUMMARY	7
INTRODUCCION	8
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN	22
HIPOTESIS	23
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO 1.	38

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Enfermedades asociadas vs mortalidad (ASGE)

Tabla 2. Etiología de hemorragia digestiva alta

Tabla 3. Estratificación inicial del riesgo en el servicio de urgencias en pacientes con sangrado digestivo.

Tabla 4. Estratificación final de riesgo para los pacientes con hemorragia digestiva alta después de la realización de la endoscopia.

Tabla 5. Clasificación de Forrest.

Cuadro 1. Distribución según género de pacientes con sangrado de tubo digestivo (STD)

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas de pacientes con sangrado de tubo digestivo (STD)

Cuadro 3. Diagnóstico endoscópico de pacientes con sangrado de tubo digestivo (STD)

Cuadro 4. Comorbilidades en pacientes con sangrado de tubo digestivo (STD)

Cuadro 5. Terapéutica endoscópica en pacientes con sangrado de tubo digestivo (STD).

GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

Agente etiológico: Factor o causa responsable del inicio de una enfermedad.

Sangrado de Tubo Digestivo Alto: Se define con la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo y que se origina por encima del ángulo Treiz y que se manifiesta por hematemesis y/o melena.

Tratamiento: Conjunto de medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estos, una vez que se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Género: Conjunto de cosas o seres con características comunes.

Comorbilidades: Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

ASGE. Sociedad Americana de Endoscopia digestiva.

EH. Estigmas de Hemorragia

HDA. Hemorragia digestiva alta

AINE. Antiinflamatorio no esteroideo

STD Sangrado de tubo digestivo

TIE Terapia de inyección endoscópica

RESUMEN.

Objetivo General: Determinar las causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto y tratamiento requerido. **Diseño del estudio:** Descriptivo. **Propósito:** Diagnóstico. **Material y Métodos:** La población estudiada fueron los pacientes con características clínicas de sangrado digestivo alto admitidos en el servicio de emergencias del Hospital General Regional No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mérida, Yucatán, del 1 de enero al 30 de septiembre del 2010, y a los cuales se les realizó estudio diagnóstico endoscópico para identificar la etiología en las primeras 12 a 24 hrs. de ingreso a emergencias. Se realizó estudio descriptivo con un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta alcanzar el total de pacientes en el tiempo estipulado en el proyecto. Los registros que cumplieron con los criterios de selección fueron incluidos en el estudio. Las variables a estudiar fueron agente etiológico corroborado por endoscopia, sangrado de tubo de digestivo alto y tratamiento; otras variables fueron edad, género y comorbilidades. La información fue recolectada en una hoja de registro diseñada para el estudio y los datos almacenados en un libro del programa de Excel. Para control de calidad un colaborador verificó el correcto llenado de las hojas de registro y de los datos almacenados. La comparación de las variables y la estimación de significancia estadística por medio del uso de paquete estadístico SPSS v 16.0 representando los resultados en gráficas y cuadros. El escrito médico fue redactado y se espera difusión mediante en sesiones de Urgencias Médico Quirúrgicas o jornadas de investigación. **Resultados:** De los 116 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. 67 (57.75%) pacientes fueron hombres y el 49 (42.24%) fueron mujeres con un promedio de edad de 65 años. La manifestación del sangrado de tubo digestivo alto fue con melena en 58 (50%) pacientes, con hematemesis en 24 (20.68%) pacientes y el resto de los incluidos con la combinación de ambos. Las principales causas que condicionaron sangrado de tubo digestivo alto fueron: Gastropatía erosiva en 52 pacientes (54.8%), Úlcera duodenal en 18 pacientes (15.51%), Úlcera Gástrica en 16 pacientes (13.79%) y Esofagitis Péptica en 14 pacientes (12.06%). Dentro de las comorbilidades asociadas se encontraron las Cardiopatías (20.68%), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) (17.24%) y Hepatopatías (7.75%) como las más frecuentes. La endoscopia demostró sangrado activo en 52 pacientes (45%), siendo las más frecuentes de este porcentaje; en 16 pacientes (14%) úlcera con vaso visible no sangrante y 16 pacientes (14%) tenían coágulo adherido a la úlcera y 8 pacientes (7%) con úlcera y mancha pigmentada plana. Estas lesiones sin duda fueron tratadas con infiltración de adrenalina diluida 1mg en 10ml de agua bidestilada aplicada en los 4 cuadrantes periféricos de la lesión. **Conclusión:** Dentro de lo que nosotros encontramos no hay significancia en relación a las variables analizadas en nuestro estudio con lo previamente publicado en la literatura médica. Con los resultados del presente proyecto se deja abierta la posibilidad de realizar otros estudios en los que se pueden incluir mortalidad complicaciones y procesos quirúrgicos agregados. **Palabras Claves:** Sangrado de tubo digestivo alto (STDA), endoscopia, terapéutica.

SUMMARY.

General Purpose: To determinate the most common causes that affect upper gastrointestinal bleeding and required treatment. Study design: Transversal, prospective observational study. Purpose: Diagnosis. Material and Methods: The study population were patients with clinical features of upper gastrointestinal bleeding admitted to the emergency department of Hospital General Regional No 1, Instituto Mexicano del Seguro Social in Merida, Yucatan, from 1 January to 30 September 2010 , and who underwent endoscopic diagnostic study to identify the causative agent in the first 12 to 24 hours of emergency admission. Sectional study conducted with a convenience non-probability sampling to achieve the total of patients in the time stipulated in the draft. Records that met the selection criteria were included in the study. The study variables were confirmed by endoscopy agent, bleeding of upper digestive tube and treatment, other variables were age, gender and comorbidities. The information was collected on a log sheet designed for the study and the data stored in an Excel program book. For quality control an employee checked the correct completion of log sheets and stored data. Comparison of variables and estimation of statistical significance by use of SPSS v 16.0, representing the results in graphs and tables. The medical letter was drafted and is expected to broadcast through the Emergency Medical and Surgical sessions or days of research. Results: Of the 116 patients who met the inclusion criteria, exclusion and elimination. 67 (57.75%) patients were male and 49 (42.24%) were women with a mean age of 65. The demonstration of upper gastrointestinal bleeding with melena was in 58 (50%) patients with hematemesis in 24 (20.68%) patients and the other including the combination of both. The main causes that conditioned upper gastrointestinal bleeding were: erosive gastropathy in 52 patients (54.8%), duodenal ulcer in 18 patients (15.51%), gastric ulcer in 16 patients (13.79%) and esophagitis in 14 patients (12.06%.) Among the comorbidities were heart disease (20.68%), hypertension (HTN) (17.24%) and liver (7.75%) the most common. Endoscopy showed active bleeding in 52 patients (45%), the most common of this percentage, in 16 patients (14%) ulcer with no bleeding visible vessel and 16 patients (14%) had clot adhered to the ulcer and 8 patients (7%) with ulcer and flat pigmented spot. These lesions were undoubtedly treated with infiltration of dilute adrenaline 1mg in 10ml of distilled water applied to the 4 quadrants peripheral injury. Conclusion: In which we find no significance in relation to the variables analyzed in our study with previously published in the medical literature. With the results of this project opens the possibility for further studies in which complications can include mortality and surgical procedures added.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding (APMS), endoscopic therapy.

INTRODUCCIÓN

Por décadas la hemorragia de tubo digestivo alto es un cuadro clínico que demanda atención urgente, es además una situación muy frecuente que significa un paradigma y que involucra un tratamiento multidisciplinario. La incidencia varía en forma regional, siendo en EUA de 50 a 150 por cien mil habitantes.

La importancia de la hemorragia de tubo digestivo es principalmente por su morbimortalidad. La mortalidad que reporta la literatura revisada es de 7 a 10%, aunque a fines del siglo XX era de 12%.

La endoscopia representa la piedra angular en el diagnóstico desde 1960. Hacia los años 80s las publicaciones mencionaban un porcentaje de efectividad cercana al 100%, sin embargo, esta cifra no impactaba en la supervivencia del paciente. En las siguientes décadas el avance tecnológico y el ingenio humano hizo posible que se fueran desarrollando procedimientos terapéuticos endoscópicos, enfocados a parar el sangrado y prevenir la recaída; simultáneamente se enfatizó un tratamiento médico urgente vigoroso y multidisciplinario. Técnicas como láser, inyección de sustancias, electrocoagulación y sonda caliente comenzaron a utilizarse a partir de 1985 y para 1994 ya se habían superado las curvas de aprendizaje y los signos endoscópicos que aportaban valores pronósticos se fueron reconociendo.

En la actualidad la endoscopia es el procedimiento para el diagnóstico y el tratamiento inmediato del sangrado, también para prevenir el re-sangrado, todo ello en conjunción con tratamiento médico intensivo, así como para identificar pacientes sin sangrado activo y de bajo riesgo, que complementándose con datos clínicos y de laboratorio, permiten que dichos pacientes sean dados de alta, lo cual incide en ahorro de costos; tal y como lo describe la literatura revisada.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde hace 5000 años, los clínicos han observado y anotado las características de la Hemorragia digestiva, las primeras descripciones se han hallado en los antiguos manuscritos chinos que datan aproximadamente del año 2,600 A.C. donde se bosqueja la rudimentaria anatomía del estómago y se identifican diferentes puntos de acupuntura para permitir que los médicos intuyesen la terapia (1). Se han encontrado registros procedentes del año de 1,500 AC, en papiros de egipcios que incluyen una descripción de la pérdida sanguínea. El papiro de Ebers (1,550 A.C.) sugiere que ya entonces se conocían los síntomas de la úlcera péptica y las complicaciones de la hemorragia (2).

La primera descripción de la úlcera gástrica se atribuye a Diocles de Cariostos, en el siglo IV A.C. Los grabados existentes en los pilares del templo de Esculapio demuestran que la hemorragia se aceptaba como una complicación (3,4). Galeno en el siglo II D.C. describió los síntomas y complicaciones de la úlcera péptica, resaltando que la hemorragia cursaba en numerosas ocasiones con heces negras. Celio Ameliano comprendió que la pérdida de sangre podía tener múltiples orígenes.

El conocimiento de la anatomía, la introducción de la anestesia general y la antisepsia fueron los avances que hicieron viables las intervenciones quirúrgicas para detener la hemorragia. La primera generación se atribuye a Mikulicz en 1881, pero su experiencia posterior le llevó a la conclusión de que la cirugía sólo estaba justificada en casos de hemorragia intensa y persistente. A principios de este siglo, los cirujanos americanos ante la alta mortalidad de la cirugía de estos pacientes, compartían la opinión de que el riesgo de la hemorragia para la vida era menor que el de la cirugía de urgencia. Gordon y Taylor, en 1937, publicaron la primera gran serie de casos con tratamiento exitoso (5).

El diagnóstico etiológico de la hemorragia ha sido posible gracias a la introducción de la endoscopia. La primera esofagoscopia fue realizada en 1868 por Kussmaul mediante un endoscopio rígido. En 1932 Rudolf Schindler diseñó un gastroscopio semiflexible, y durante los siguientes 25 años fueron introducidas una serie de mejoras técnicas, pero no fue hasta mediados de este siglo cuando los avances tecnológicos permitieron la fabricación de endoscopios flexibles, lo que ha convertido a la endoscopia en una técnica segura y útil para el diagnóstico de la etiología de la hemorragia digestiva. En los últimos años, además se ha convertido en un método no quirúrgico para el control del sangrado mediante esclerosis (5).

Por décadas y centurias la hemorragia de tubo digestivo ha sido un cuadro clínico que demanda una atención médica urgente, es además una situación muy frecuente que significa un paradigma y que involucra un tratamiento multidisciplinario. La incidencia varía en forma regional, por ejemplo, en EUA es de 50 a 150 por 100,000 habitantes, en Holanda es de 47, en el Reino Unido es de 103 a 107. No tenemos este registro en nuestro país (6,7).

Se calcula que anualmente se internan de 300,000 a 350,000 pacientes en EUA. Su importancia es mayor por la morbi-mortalidad. La mortalidad que reporta la literatura revisada es de 7-10%, aunque a fines del siglo XX era de 12%. Un cálculo de costo por la atención médica de cada caso fue de 3,180 dólares a 8,500 por episodio de HTDA (7).

La endoscopia representa la piedra angular en el diagnóstico desde 1960. Hacia los años 80s las publicaciones mencionaban un porcentaje de efectividad cercana al 100% sin embargo esta cifra no impactaba en la supervivencia del paciente (7). En las siguientes décadas el avance tecnológico y el ingenio humano hizo posible que se fueran desarrollando procedimientos terapéuticos endoscópicos enfocados a parar el sangrado y prevenir la recaída (8,9).

Se estima en EUA, que anualmente fallecen 48,000 pacientes por esta causa: 27,000 pacientes con cirrosis hepática con sangrado por varices esofágicas y 16,000 pacientes por gastropatía por AINE. La mayoría de las muertes ocurren en los mayores de 60 años entre la quinta y la octava década de la vida (promedio 59) y es más común en hombres que en mujeres (2:1) (10,11).

En México, las cifras son similares a lo publicado en la literatura universal, aceptándose que la hemorragia del tubo digestivo alto constituye el 5% de los ingresos hospitalarios por urgencia y son la causa más frecuente de consulta a los servicios de endoscopia, entre el 45 y 60% (6).

Actualmente, la enfermedad ulcerosa es la causa más frecuente de la hemorragia digestiva, siendo responsable de aproximadamente del 50% de los episodios de sangrado. El otro factor importante es la presencia de enfermedades asociadas, ya que los pacientes de hemorragia de tubo digestivo alto no suele morir por exanguinación, sino por descompensación de su patología asociada (6).

En los datos publicados por la sociedad Americana de Endoscopia digestiva (ASGE) se objetiva la relación existente entre la mortalidad y la presencia de enfermedades asociadas (Tabla 1); este estudio muestra como aquellos pacientes con historia de enfermedad hepática, renal, neoplásica, neurológica o pulmonar presentan un mayor riesgo de mortalidad que aquellos sin enfermedad asociada (6,8).

Tabla 1 Enfermedades asociadas vs mortalidad (ASGE)

	Enfermedades asociadas (%)	No enfermedades asociadas (%)
Renal (n=170)	29.4%	9.2%
Hepática (n=488)	24.6%	6.9%
Neoplásica (n=173)	24.3%	9.6%
Neurológica (n=307)	23.5%	8.7%
Pulmonar (n=394)	22.6%	8.2%

Los pacientes con gran número de enfermedades asociadas presentan un significativo aumento de la mortalidad de manera que esta se sitúa en un 2.6% en pacientes sin enfermedad asociada frente a un 44.1% en aquellos pacientes que presentan 5 o más enfermedades (12).

La mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta, ha permanecido constante en las últimas tres décadas, en torno al 8-10%, a pesar de los avances en el tratamiento médico-quirúrgico de estos pacientes, debido al aumento de la edad de la población general y del número de enfermedades asociadas. No obstante en la actualidad se presentan estudios con rangos de mortalidad global menos del 7%, e incluso menores al 3% en las series que excluyen hemorragias causadas por varices esofágicas (12).

Varios son los factores que pueden influir en este descenso de la mortalidad: mejor conocimiento de los factores pronósticos de la HDA, amplio desarrollo de las técnicas de tratamiento endoscópico y la existencia de unidades especializadas en el tratamiento de estos pacientes (12).

La necesidad de intervención quirúrgica para el control de la hemorragia ha disminuido en los últimos años, debido al perfeccionamiento e implantación de las técnicas de tratamiento endoscópico; actualmente aproximadamente un 5% de los pacientes necesitan intervención quirúrgica para control del episodio hemorrágico (13).

Según los datos publicados por la Sociedad Americana de Endoscopia digestiva, sobre un estudio multicéntrico realizado a 2,225 pacientes, las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son las expresadas en la tabla 2 (9,14).

Tabla 2 Etiología de hemorragia digestiva alta.

Úlcera duodenal	24.3%
Lesiones agudas de mucosa gástrica	23.4%
Úlcera gástrica	21.3%
Varices esófago-gástricas	10.3%
Síndrome de Mallory-Weiss	7.2%
Esofagitis	6.3%
Duodenitis erosiva	5.8%
Neoplasias	2.9%
Úlcera neoboca	1.8%
Úlcera esofágica	1.7%
Malformaciones vasculares	0.5%
Otras	6.3%

Se deduce de estos datos que la enfermedad ulcerosa constituye la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta, siendo responsable de casi la mitad de los episodios de sangrado, aunque la incidencia puede disminuir cuando la terapia de erradicación del *Helicobacter pylori* llegue a su máximo uso y se impongan los antiinflamatorios inhibidores específicos de la COX2 (9).

La HDA suele manifestarse por hematemesis y/o melena, dependiendo su forma de presentación del débito de la hemorragia y de la localización de la lesión sangrante. Estas dos manifestaciones constituyen prácticamente la base del diagnóstico y casi se superponen con la definición clínica del síndrome (10).

La hematemesis, ocurre en el sangrado esofágico, estomacal o de la porción proximal del intestino delgado. Aproximadamente el 50% de los SDA se presentan con hematemesis. Esta puede ser rojo brillante u oscura (en grumos de café) secundaria a la reducción, por el ácido clorhídrico, de la Hb a hemantina. El color del vómito o del material aspirado no puede ser usado para diferenciar un sangrado arterial de uno venoso (10)

La melena (heces negras, fétidas y pastosas, “como petróleo”) aparecen cuando hay más de 150ml de sangre en el tracto gastrointestinal por un periodo prolongado de tiempo. Está presente en el 70% de los SDA y en un tercio de los

SDB. La sangre del duodeno o yeyuno debe permanecer hasta por 8 horas para tornar las heces negras (10).

En algunas ocasiones, la pérdida hemática, aún aguda abundante, no se exterioriza en el curso de las primeras horas y el paciente puede presentarse únicamente con hipotensión, o incluso con signos de shock de causa no evidenciada. En tales circunstancias, maniobras como la colocación de una sonda naso gástrico para examinar el contenido gástrico, el tacto rectal y el enema pueden evidenciar la hemorragia digestiva (10,15).

La desaparición de la epigastralgia con el inicio de la hemorragia ha sido descrita como muy característica en los enfermos con úlcera péptica, atribuyéndose al efecto de tampón de la sangre sobre el ácido (10,15).

Con frecuencia (1 de cada 5 pacientes), la HDA cursa sólo con síntomas que sugieren hipovolemia: síncope (casi siempre al ponerse de pie), palidez, sudoración, sensación de mareo, debilidad o sequedad de boca (10).

En relación a la toma previa de fármacos gastroerosivos (FGE), se ha comprobado que los salicilatos y el resto de AINES, así como los corticoides, anticoagulantes (heparina y dicumarínicos) y la reserpina, aumentan el riesgo de aparición de HDA. Otros fármacos que raramente producen HDA son la aminofilina, el ácido etacrínico, sales de potasio y probablemente el sulfato ferroso (10,15).

Históricamente casi todos los pacientes con sangrado significativo eran admitidos en el hospital. Estudios recientes muestran que combinar la clínica con los hallazgos endoscópicos provee criterios acertados para predecir el riesgo de re sangrado y muerte en los pacientes con SDA. Así estos criterios se han utilizado para diferenciar a los pacientes con bajo riesgo y que pueden ser enviados a casa, de los de moderado y alto riesgo, quienes necesitarán tratamiento intrahospitalario Tabla 3 y 4 (10, 12 ,16 ,17 ,18).

Tabla 3. Estratificación inicial del riesgo en el servicio de urgencias en pacientes con Sangrado digestivo.

Riesgo bajo	Riesgo Moderado	Riesgo elevado
Edad menor de 60 años	Edad mayor de 60 años	Edad mayor de 60 años
PAS inicial mayor de 100mmHg	PAS inicial menos de 100mmHg	PAS persistente menos de 100mmHg
Signos vitales normales durante 1 hora	Taquicardia moderada durante 1 hora	Taquicardia persistente de moderada a grave
No hay necesidad de transfusión	Transfusión de menos de 4 unidades	Transfusión de más de 4 unidades
No hay comorbilidad activa importante	Comorbilidad estable importante	Comorbilidad inestable importante
No hay enfermedad hepática	Enfermedad hepática leve, TP normal o casi normal	Enfermedad hepática descompensada (coagulopatía, ascitis, encefalopatía)
No hay rasgos clínicos sugestivos de riesgo moderado o elevado	No hay rasgos clínicos sugestivos de riesgo elevado	

De Lindenauer GF, et al: **Acute gastrointestinal bleeding.** En Wachter RM. Goldman L: Hospital medicine. Filadelfia, 2000, Lippincott Williams and Wilkins.

Tabla 4. Estratificación final del riesgo para los pacientes con hemorragia digestiva alta después de la realización de la endoscopia.

Estratificación del riesgo clínico			
Endoscopia	Riesgo bajo	Riesgo Moderado	Riesgo elevado
Riesgo bajo	Alta inmediatamente	Hospitalización durante 24 horas	Monitorización estricta durante 24 horas; hospitalización mayor de 48 horas
Riesgo moderado	Estancia de 24 horas en el hospital	Hospitalización durante 24-48 horas	Monitorización estricta durante 24 horas hospitalización mayor de 48 horas
Riesgo elevado	Monitorización estricta durante 24 horas; hospitalización durante 48-72 horas	Monitorización estricta durante 24 horas hospitalización durante 48-72 horas	Monitorización estricta durante 24 horas y hospitalización mayor de 72 horas

De Lindenauer GF, et al: **Acute gastrointestinal bleeding.** En Wachter RM. Goldman L: Hospital Medicine. Filadelfia, 2000, Lippincott Williams and Wilkins.

Posterior a la estabilización hemodinámica, la endoscopia es el tratamiento de primera opción, ya que nos proporciona la localización con sensibilidad de 95% y la naturaleza de la causa de sangrado. También nos brinda información pronóstica importante acerca de los riesgos de recurrencia y a la vez que se puede realizar un procedimiento terapéutico durante la endoscopia durante la endoscopia inicial. Por eso, se recomienda realizar la endoscopia al momento del ingreso en todos los pacientes de alto riesgo y dentro de las primeras 12-24 horas de presentación del cuadro, una vez estabilizados hemodinámicamente, en todos los otros casos con HDA aguda (9).

Clínicamente, dentro de los factores pronósticos adversos para el grupo de pacientes que presenta HDA tenemos (9,19): Edad mayor de 60 años, presencia de estados médicos de comorbilidad, comienzo de HDA durante la hospitalización por otra causa, presentación del cuadro con inestabilidad hemodinámica, Hemorragia severa (mayor de 1000ml), aspirado gástrico rojo brillante, presencia de hematoquezia o hematemesis abundante, transfusiones múltiples (mayor de 5U), la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia y/o sangrado continuo o recurrente

La principal información sobre el pronóstico viene determinada por la presencia o ausencia de estigmas de hemorragia reciente, el tamaño de la úlcera, 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 (9, 19).

Los estigmas de hemorragia (EH) son características endoscópicas identificables, que proveen información acerca del riesgo de recurrencia y el subsiguiente resultado.

Los EH han sido clasificados en orden decreciente en hemorragia activa (en chorro), vaso visible no sangrante, coágulo adherido a la base de la úlcera, mancha pigmentada y base limpia Tabla 5 (9,19).

Tabla 5. Clasificación de Forrest

SANGRADO ACTIVO	
FORREST IA	Sangrado a chorro o en jet
FORREST IB	Sangrado babeante
SANGRADO RECIENTE	
FORREST IIA	Vaso visible no sangrante
FORREST IIB	Coágulo adherido
FORREST IIC	Coágulo plano. Base negra
AUSENCIA DE SANGRADO	
FORREST III	Base limpia

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 re sangrado y mortalidad, con o sin tratamiento hemostático endoscópico. Además las úlceras con tamaño superior a 1cm son más frecuentes en pacientes mayores de 60 años, y es en estas lesiones donde se encuentra con mayor frecuencia signos de sangrado reciente, lo que conlleva una mayor tasa de re sangrado y mortalidad (19).

Existe una mayor tasa de re sangrado para ciertas localizaciones ulcerosas, probablemente por una mayor facilidad de erosionar un vaso de gran calibre. En el caso de las úlceras duodenales, aquellas úlceras bulbares en posición postero-inferior presentan una mayor tasa de re sangrado por la posibilidad de afectar 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 (19).

Clásicamente, el tratamiento médico de estos pacientes ha consistido en la realización de lavados gástricos por sonda nasogástrica y la utilización de fármacos anti secretores, citoprotectores y vasoconstrictores.

Fue en 1950 cuando Wangensteen introdujo la utilización del lavado gástrico con soluciones frías para el control de la hemorragia digestiva. Este autor proponía que la disminución de la temperatura intragástrica favorecía la hemostasia. No

existe evidencia de que el lavado gástrico con ningún tipo de fluido ni a ninguna temperatura pueda parar el sangrado o prevenir la recidiva. La práctica del lavado gástrico previo a la endoscopia puede facilitar el trabajo del endoscopista y disminuir el discomfort del paciente (13,20).

Fármacos vasoconstrictores y reductores de la secreción ácida, incluyendo vasopresina, prostaglandinas, somatostatina y antagonistas de receptores H₂, han sido utilizados en un intento de reducir la actividad hemorrágica ulcerosa. Sin embargo, la mayoría de los estudios han demostrado que estos fármacos no son eficaces para reducir el sangrado (13).

La somatostatina es un péptido endógeno que reduce el flujo sanguíneo esplácnico y la motilidad gastrointestinal, inhibe la secreción ácida y puede tener efectos citoprotectores gástricos; es efectiva para controlar la hemorragia por varices esofágicas, pero su eficacia la HDA no varicosa es incierta (13).

La farmacoterapia de una HDA va dirigida a mantener el pH gástrico neutro, ya que la acidez tiene un doble efecto desestabilizador del coágulo: provoca disfunción de las plaquetas y activa la pepsina, que desencadena la proteólisis del coágulo. Los inhibidores de la bomba de protones disminuyen la acidez gástrica más que los antagonistas H₂, y por ello podrían ser más efectivos en disminuir el re sangrado (13,21).

Múltiples estudios con antagonistas de H₂ demuestran que la utilización de estos fármacos no reduce la tasa de resangrado precoz incluso cuando los niveles de pH se mantuvieron por arriba de 7 mediante infusión continua de estos fármacos (21).

En el año 2000, Lau publica un estudio con resultados favorables sobre el uso de omeprazol como adyuvante tras el tratamiento endoscópico efectivo. La recidiva hemorrágica se presentó en el 4.2% de los pacientes tratados con omeprazol y en el 20% de los que recibieron placebo, p menos de 0.001. También disminuyeron

significativamente las necesidades de cirugía y transfusión, sin observarse cambios significativos en la mortalidad (22).

En resumen, y en vista de estos datos, parece estar indicada la utilización de omeprazol en las 72 primeras horas de la HDA por ulcus para prevenir el re sangrado en los pacientes de alto riesgo (21,22).

Las técnicas de hemostasia endoscópica tienen un papel primordial en el manejo de los pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto. Se dividen en (9):

1. Inyección de sustancias vasoconstrictoras o esclerosantes: Epinefrina, alcohol, Etanolamina, Cianoacrilato, Polidocanol, trombina y fibrina.
2. Tratamiento con calor (electrocoagulación y sonda de calor): Sondas bipolares, coagulación con argón plasma y microondas.
3. Láser
4. Técnicas mecánicas: Hemoclips, sutura, ligadura con banda y Endoloop.

En general, en México, se aplica terapia con inyección acompañada o no de alguna modalidad térmica dependiendo de los recursos de cada hospital. Todas estas técnicas endoscópicas disminuyen la tasa de re sangrado, intervención quirúrgica y muerte hasta en 80% de los casos.

La terapia de inyección endoscópica (TIE), es un técnica útil para detener la hemorragia activa, disminuir significativamente la tasa de recurrencia hemorrágica, y es la modalidad terapéutica preferida en muchos centros por su bajo costo, requerimiento mínimo de equipo y fácil aplicación en situaciones de emergencia.

Diferentes estudios comparativos demuestran que la eficacia de esta técnica no está relacionada con los agentes usados (adrenalina, alcohol absoluto, cloruro de sodio al 0.9%, polidocanol, entre otros). Asimismo, otros reportan que la presencia de ciertas características clínicas como la hemorragia activa y choque en el

momento de la presentación, la localización y tamaño de la úlcera, y la presencia de enfermedades concomitantes, constituyen factores asociados que influyen la eficacia hemostásica del tratamiento endoscópico.

La terapia por inyección para hemostasia es usada para sangrado por enfermedad ulcerosa péptica, Síndrome de Mallory Weiss y lesiones de Dieulafoy, y por sangrado posterior a la polipectomía endoscópica, resección de mucosa endoscópica o esfinterotomía. El asistente de proyectos de la aguja, diseñada originalmente para la escleroterapia variceal, unos 5mm más allá de la vaina de plástico, se inyecta la solución y proporciona una reacción sobre la resistencia durante la inyección. Ninguna resistencia sugiere la inyección fuera del objetivo. Múltiples inyecciones se aplican alrededor de una úlcera y directamente en el punto de sangrado o vaso visible dentro de la úlcera. Por otra parte, algunos endoscopistas inicialmente objetivan el punto de sangrado.

La epinefrina a una concentración de 1:10,000 es el agente de inyección de elección en los Estados Unidos. Es efectivo para hemostasia. La inyección de epinefrina induce hemostasia por vasoconstricción, tamponade y agregación plaquetaria. La inyección de epinefrina se realiza en cuatro puntos equidistantes del vaso a una distancia de 1 a 2 mm del mismo y a cada punto de inyección se inyecta con 1-2cc de la dilución y con un volumen total que oscila entre 10-20ml. Con esto se logra hemostasia en 95% de los casos, aunque puede ocurrir re sangrado en 15-20%. Largos volúmenes (> 12ml) son más efectivos que volúmenes pequeños, pero teóricamente estos pueden producir una enorme toxicidad cardiovascular, por los elevados niveles de epinefrina en el suero por más de 20 minutos después de la inyección. La epinefrina no es recomendada como monoterapia porque cerca del 20% de los pacientes re sangran después de la inyección de epinefrina sola. Es utilizado frecuentemente para aclarar el campo endoscópico antes de terapias ablativas o mecánicas. Los factores de riesgo para el fracaso de esta terapia incluyen sangrado activo, úlceras largas, úlceras

proximales gástricas, úlceras posteriores del bulbo duodenal, o coagulopatía significativa.

La cirugía se reserva actualmente para aquellos pacientes que persistan con hemorragia a pesar de tratamiento endoscópico y médico adecuado, así como cuando exista recurrencia de la hemorragia. Las indicaciones para manejo quirúrgico son:

1. Hemorragia masiva
2. Fracaso de un segundo tratamiento endoscópico
3. Hemorragia arterial activa que no se controla con el tratamiento endoscópico

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia de tubo digestivo alto se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad. Es responsable de más de 300,000 admisiones hospitalarias y aproximadamente 30,000 muertes por año en América.

Ya que en el hospital Regional No. 1 del IMSS en Mérida, no existe hasta la actualidad ningún reporte publicado sobre la incidencia y causas de sangrado de tubo digestivo alto no variceal, consideramos de utilidad realizar el presente estudio.

El enfoque de este estudio estuvo dirigido a analizar principalmente las variables clínicas de mayor connotación, la frecuencia y establecer las causas que lo originan, y tratamiento endoscópico como primera opción dentro de las primeras 12-24h de presentación del cuadro, lo cual nos brindaría información pronóstica y terapéutica durante la endoscopía inicial; teniendo como objetivo detener la hemorragia activa y reducir el riesgo de hemorragia continua o recurrencia de la misma; para con esto, disminuir el índice de cirugía y la mortalidad, así como para identificar pacientes sin sangrado activo y de bajo riesgo, permitiendo que dichos pacientes sean dados de alta, lo cual incide en ahorro de costos hospitalario.

HIPÓTESIS

Problemas

1. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo alto no variceal?
2. ¿Qué causa trae el uso de adrenalina como procedimiento endoscópico en el sangrado de tubo digestivo alto no variceal?
3. ¿Cuál es la comorbilidad más frecuente asociada al sangrado de tubo digestivo alto no variceal ?

Hipótesis

1. Las causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo son:
 - 1) Gastropatía erosiva
 - 2) Úlcera duodenal
 - 3) Úlcera gástrica
 - 4) Esofagitis péptica
 - 5) Síndrome de Mallory-Weiss
 - 6) Angiodisplasias y tumores gástricos
 - 7) No identificables
2. El uso de adrenalina como tratamiento endoscópico trae consecuencias favorables
3. Las comorbilidades más frecuentes asociadas en el sangrado de tubo digestivo alto son:
 - 1) Cardiopatía
 - 2) Hipertensión Arterial Sistémica
 - 3) Hepatopatía
 - 4) Neumopatía

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las causas más frecuentes que condicionan sangrado de tubo digestivo alto no variceal, tratamiento requerido y comorbilidad asociada. Esto para analizar principalmente las variables clínicas de mayor connotación, la frecuencia y establecer las causas que lo originan mediante estudio endoscópico diagnóstico y terapéutico, e identificar pacientes con bajo riesgo que se pueden egresar y reducir costos hospitalarios y los de alto riesgo para realizar tratamiento oportuno.

Los objetivos específicos

1. Identificar las entidades clínicas que condicionaron sangrado de tubo digestivo alto. Esto para identificar la frecuencia.
2. Determinar los métodos terapéuticos utilizados.
Mediante estudio endoscópico al identificar la causa, dar manejo terapéutico oportuno con algún tipo de modalidad dependiendo en gran parte de la preferencia, experiencia y entrenamiento del endoscopista, así como los recursos disponibles en la unidad médica; todo esto para disminuir la tasa de re sangrado, intervención quirúrgica y muerte hasta en el 80% de los casos.
3. Identificar los datos demográficos. Esto para identificar el grupo de edad y género más frecuentemente afectado en relación al grupo de pacientes con sangrado de tubo digestivo no variceal.
4. Identificar las comorbilidades asociadas al sangrado de tubo digestivo alto. Esto para identificar los factores pronósticos adversos para el grupo de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto no variceal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo, prospectivo y observacional; durante el periodo del 1 de Enero al 30 de Septiembre del 2010. Se integró grupo de pacientes admitidos con el diagnóstico del Sangrado de Tubo Digestivo Alto en el servicio de Emergencias del Hospital Regional No. 1 “Lic. Ignacio García Tellez” Mérida, Yucatán.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pacientes masculino y femenino entre los 18 y 90 años.
2. Aquellos que se presentaron con características clínicas de sangrado de tubo digestivo alto.
3. Aquellos a quienes se les realizó estudio endoscópico que explicara el origen del sangrado en las primeras 12 a 24 horas.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Pacientes que no contaron con estudio endoscópico.
2. Aquellos con hemorragia por várices esofágicas asociado a hipertensión portal o hepatopatía crónica.
3. Aquellos que fueron ingresados al hospital por otro motivo y que durante su estancia desarrollaron sangrado de tubo digestivo alto.

Los criterios de eliminación fueron:

1. Pacientes sin resultado de estudio endoscópico,
2. Pacientes sin diagnóstico definitivo por fallecimiento.
3. Aquellos con diátesis hemorrágica o ingesta de anticoagulantes.

Las variables estudiadas fueron:

1. Agente etiológico.
2. Sangrado de tubo digestivo alto.
3. Tratamiento requerido.
4. Comorbilidades asociadas.
5. Género y edad.

La información fue recolectada en una hoja de registro diseñada para el estudio y los datos almacenados en un libro del programa de Excel. Para control de calidad un colaborador verificó el correcto llenado de las hojas de registro y de los datos almacenados. La comparación de variables y la estimación de significancia estadística por medio del uso del paquete estadístico SPSS v16.0 representando los resultados en gráficas y tablas.

El escrito medico fue redactado y se espera su difusión mediante sesiones de Urgencias Médico Quirúrgicas o jornadas de investigación.

RESULTADOS

De un total de 180 pacientes admitidos al servicio de Emergencias del Hospital Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social Mérida, Yucatán; del 01 de Enero al 30 de Septiembre del 2010, con el diagnóstico de Sangrado del Tubo Digestivo Alto y corroborado por Estudio Diagnostico Endoscópico en las primeras 12 a 24 horas de ingreso, para identificar el agente causal.

Se excluyeron 64 pacientes los cuales tuvieron como causa de sangrado Várices Esofágicas asociado a Hipertensión Portal e Hepatopatía Crónica.

El universo del estudio se conformo por 116 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

De los 116 pacientes, 67 (57.75%) correspondieron al sexo masculino y 49 (42.24%) al sexo femenino, con un promedio de edad de 65 años. (Cuadro no. 1)

CUADRO 1. DISTRIBUCION SEGÚN GÉNERO DE PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO (STD)

Hombres	67 (57.75%)
Mujeres	49 (42.24%)
n=116	

Los pacientes incluidos en el estudio manifestaron el sangrado de tubo digestivo alto: con melena en 58 (50%) pacientes, con hematemesis en 24 (20.68%) pacientes y con la combinación de ambos en los restantes 34 (29.31%) pacientes. (Cuadro no. 2)

CUADRO 2. MANIFESTACIONES CLINICAS DE PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO (STD)

Melena	58 (50%)
Hematemesis	24 (20.68%)
Melena y Hematemesis	34 (29.31%)
n=116	

De las causas identificadas condicionantes de sangrado de tubo digestivo, fueron las siguientes: Gastropatía erosiva en 52 (44.8%) pacientes, Ulcera duodenal en 18 (15.51%) pacientes, Ulcera Gástrica en 16 (13.79%) pacientes, Esofagitis péptica en 14 (12.06%) pacientes, Sx. Mallory Weiss en 7 (6.03%) pacientes, Angiodisplasias y Tumores gástricos con 3 pacientes respectivamente (2.58%), No identificables en 2 (1.72%) pacientes y Dieulafoy en solamente 1 (0.86%) paciente. (Cuadro no. 3)

CUADRO 3. DIAGNOSTICO ENDOSCÓPICO DE PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO (STD)

Gastropatía Erosiva	52 (44.8%)
Esofagitis Péptica	14 (12.06%)
Ulcera Duodenal	18 (15.51%)
Síndrome de Mallory-Weiss	7 (6.03%)
Angiodisplasias	3 (2.58%)
Tumores Gástricos	3 (2.58%)
Dieulafoy	1 (0.86%)
No identificables	2 (1.72%)
Ulcera Gástrica	16 (13.79%)

n=116

RESULTADOS DE X²

52	14	18	7	3	3	1	2	16
12.88	12.88	12.88	12.88	12.88	12.88	12.88	12.88	12.88
6.07	0.17	0.79	-2	-1.53	-1.53	-1.84	-1.68	0.48

P=0.02

Dentro de las Comorbilidades asociadas se encontraron:

Cardiopatía en 24 (20.68%) pacientes, Hipertensión arterial sistémica en 20 (17.24%) pacientes, Hepatopatía en 9 (7.75%) pacientes, Otras patologías menores en 6 (5.17%) pacientes, Neumopatía en 5 (4.31%) pacientes y sin alguna enfermedad coexistente en 52 (44.80%) pacientes. (Cuadro no.4)

CUADRO 4. COMORBILIDADES EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO (STD)

Sin enfermedad coexistente	52 (44.8%)
Otras patologías menores	6 (5.17%)
Neumopatía	5 (4.31%)
Hepatopatía	9 (7.75%)
HAS	20 (17.24%)
Cardiopatía	24 (20.68%)

n=116

Durante la realización de nuestra investigación, se demostró que en el Hospital Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social Mérida, Yucatán, los estudios y procedimientos fueron realizados por dos médicos experimentados con más de cinco años de práctica endoscópica diagnóstica y terapéutica. Se utilizó el equipo de endoscopia Olympus. Anestesia tópica con lidocaína fue la técnica preferida y más utilizada. Únicamente 4 pacientes requirieron sedación por falta de cooperación, con midazolam por vía endovenosa a dosis calculada de 0.1mg/kg siendo la dosis mayor de 7mg.

De los pacientes admitidos en el servicio de emergencias se obtuvieron los siguientes datos: La endoscopia demostró sangrado activo en 52 pacientes (45%), de este porcentaje; en 16 pacientes (14%) se encontró úlcera con vaso visible no sangrante y 16 pacientes (14%) tenían coagulo adherido a la úlcera, 8 pacientes (7%) con úlcera y mancha pigmentada plana, 5 pacientes (4%) tenía sangrado por escurrimiento de lesión esofágica tipo Mallory Weiss, 5 pacientes (4%) con erosiones duodenales y 2 pacientes (2%) con sangrado post-esfinterotomía. Estas lesiones sin duda fueron tratadas con infiltración de adrenalina diluida 1mg en 10ml de agua bidestilada aplicada en los 4 cuadrantes periféricos de la lesión. (Cuadro no. 5)

CUADRO 5. HALLAZGOS ENDOSCOPICOS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO (STD)

Úlcera con vaso visible no sangrante	16 (14%)
Coágulo adherido a la úlcera	16 (14%)
Úlcera y mancha pigmentada plana	8 (7%)
Sangrado por escurrimiento de lesión esofágica tipo Mallory-Weiss	5 (4%)
Erosiones duodenales	5 (4%)
Sangrado post-esfinterotomía	2 (2%)

n= 52 (45%)

En total el estudio endoscópico demostró efectividad para el diagnóstico en 114 pacientes (98.28%). En dos casos (1.72%) la endoscopia falló para explicar la causa del sangrado aunque se identificó el órgano de origen.

DISCUSIÓN

El Sangrado de Tubo Digestivo Alto es una entidad clínica que demanda una atención médica urgente, además de ser una situación muy frecuente que significa un paradigma y que involucra un tratamiento multidisciplinario. (6,7). En nuestro medio constituye el 5% de los ingresos hospitalarios por urgencia y son las causa más frecuente de consulta a los servicios de endoscopía, entre 45 a 60% (6). Representado un costo de elevado en la atención por episodio a cada paciente. (7).

Esto hace importante definir las causas de la hemorragia del tubo digestivo alto, manifestaciones clínicas más importantes, comorbilidades asociadas y datos demográficos, a fin de garantizar un tratamiento médico oportuno y una menor morbimortalidad por esta entidad clínica.

En este estudio se encontró que el sexo afectado es el masculino con un 57.75%, dato que no cambia en relación a lo reportado por Gómez Herrera y Di Fiorea et. al (10,11).

El sangrado de tubo digestivo alto suele manifestarse por melena y/o hematemesis, dependiendo de su forma de presentación y de la localización de la lesión. (10). El 70% se presenta con melena según lo reportado por Gómez Herrera, siendo en nuestro estudio de solamente el 50%; seguido de hematemesis con un 20.68% valor que se encuentra por debajo de lo reportado por el mismo autor; siendo mayor la combinación de ambas presentaciones con un porcentaje de 29.31%.

Según los datos publicados por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva, sobre un estudio multicéntrico realizado en 2,225 pacientes, las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son: Úlcera duodenal (24.3%), lesiones agudas de la mucosa gástrica (23.4%) y úlcera gástrica (21.3%) y siendo las

menos frecuentes la úlcera neoboca (1.8%), la úlcera esofágica (1.7%) y Malformaciones vasculares (0.5%) (9,14); datos que son similares a los encontrados en nuestro estudio donde la Gastropatía erosiva fue la causa más común con un 44.8%, seguido de Úlcera Gástrica y esofagitis péptica con un 13.79 % y 12.06% respectivamente.

Se realizó estadística inferencial mediante prueba de X^2 , encontrando una significancia de 0.02

En los datos publicados por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva, se objetiva la relación existente entre la mortalidad y la presencia de enfermedades asociadas (comorbilidades), mostrando a aquellos con historia de enfermedad hepática renal, neoplásica, neurológica o pulmonar presenta un mayor riesgo en relación a aquellos sin enfermedad asociada. (6,8); siendo su mortalidad de 2.6% sin enfermedad asociada y elevándose hasta un 44.1% en aquellos que presentan 5 o más enfermedades (12); los resultados del presente proyecto difiere de la sociedad americana dado que las comorbilidades mas frecuentemente reportadas son las Cardiopatías, Hipertensión Arterial Sistémica y Hepatopatía; No pudiendo reportar datos de mortalidad ya que no es el objetivo del presente proyecto.

Los estigmas hemorrágicos son características endoscópicas identificables, que proveen información acerca del riesgo de recurrencia y el subsiguiente resultado; han sido clasificados en orden decreciente en hemorragia activa (en chorro), vaso visible no sangrante, coagulo adherido a la base de la úlcera, mancha pigmentada y de base limpia (9,19); datos que no difirieron con lo encontrado en nuestra investigación donde la Úlcera con vaso sangrante y úlcera con coágulo adherido fueron los hallazgos más comunes encontrados por estudio endoscópico.

Clásicamente, tratamiento médico de los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto ha consistido en la realización de lavados gástricos por sonda nasogástrica y

la utilización de fármacos anti secretores, citoprotectores y vasoconstrictores. (13, 20). Las técnicas de hemostasia endoscópica tiene un papel primordial en el manejo de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto y de se divide en: 1.- Inyección de sustancias vasoconstrictoras o esclerosantes; 2.- Tratamiento con calor (electrocoagulación y sonda de calor); 3.- Láser y 4.- Técnica mecánicas. (9); siendo solamente tratados en nuestro Hospital aquellas lesiones con sangrado activo mediante la infiltración de adrenalina diluida (1mg en 10ml de agua bidestilada) aplicada en los 4 cuadrantes periféricos de la lesión.

CONCLUSIONES

Dado que la atención médica en los servicios de Emergencias por sintomatología asociado a Sangrado de tubo digestivo alto, es muy frecuente, resulta importante poder definir sus causales más comunes, así como la terapéutica realizada y sus comorbilidades asociadas.

Dentro de lo que nosotros se encontró que hay significancia ($p=0.02$). Siendo las etiologías más frecuentes las Gastropatías y Úlceras Gástrica con un 58.59% en conjunto, afectando con mayor frecuencia al sexo masculino y las comorbilidades más frecuentes las cardiopatías y la hipertensión arterial sistémica.

Con los resultados del presente proyecto se deja abierta la posibilidad de realizar otros estudios en los que se pueden incluir mortalidad complicaciones y procesos quirúrgicos agregados.

.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veith I, Huang Ti Nei, Ching Su Wen et al The yellow emperors classic of internal Medicine Berkeley. University of California Press, 1966.
2. Ghalioungai P. Magic and Medical science in Ancient Egypt London, Hodder and Stoughton, 1963.
3. Chadwick J. Mann WN. The medical works of Hipocrates. A new translation from de original Greek. Oxford Blackwell 1950.
4. Goldstein HI. Ulcer and cancer of stomach in the middle Ages. J. Int. Coll. Surg. 1943;6:482-489.
5. Gordon Taylor G. The problem of bleeding peptic ulcer Br. J. Surg. 1937; 25:403-425.
6. Leclaire S., Di Fiore F, Merle V., MD, et al Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients With Liver Cirrhosis and in Noncirrhotic Patients Epidemiology and Predictive Factors of Mortality in a Prospective Multicenter Population-Based Study. J Clin Gastroenterol 2005;39:321–327.
7. Maldonado Urias M., Almeda Valdez P., Lizardi-Cervera J., et al. Hemorragia de tubo digestivo alto. Experiencia en el hospital Médica Sur Revista de Investigación Médica Sur, México Vol. 15, núm. 3, Julio-Septiembre 2008
8. Feina F., Webera A., Kocha S., Festoua N., Dupont-Gossarda A.C., et al The prognosis of patients having received optimal therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding might be worse in daily practice than in randomized clinical trials. European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2010, 22:361–367
9. Ramírez J.V., Uc Contreras J., Tenorio Flores C., et al. Tratamiento endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal en el Hospital General de México, O.D Endoscopia 2008; 20 (2): 102-109
10. Gómez Herrera W. Manejo inicial del Sangrado Digestivo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica. 2008 (586) 341-350

11. Di Fiorea F, Leclairea S., Merleb M., et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2005, 17:641–647
12. Elmunzer B.J., Inadomi J.M., and Elta G.H. Risk Stratification in Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:559–563
13. Barkun A, Bardou M, Marshall J.K. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding *Ann Intern Med.* 2010;152:101-113.
14. Thomopoulosa K.C., Vagenasb K.A., Vagianosb C.E., Margaritisa V.G., et al Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2004, 16:177–182
15. Martins N.B. and Wassef W. Upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2006, 22:612–619
16. Chen I., Hung M, Chiu T, et al Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding *American Journal of Emergency Medicine* (2007) 25, 774–779.
17. Kim B., Kyung Park M., Kim S., et al. Comparison of Scoring Systems for the Prediction of Outcomes in Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Prospective. Study *Dig Dis Sci* (2009) 54:2523–2529
18. Ch'ng C. and Jeremy G. C. Kingham Scoring systems and risk assessment for upper gastrointestinal bleeding *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2001, 13:1137-1139
19. Adamopoulos A. B., Baibas N. M., Efstathiou S. P., et al. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2003, 15:381–387

- 20.Scott D. Lee, and David J. Kearney. A Randomized Controlled Trial of Gastric Lavage Prior to Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:861–865
- 21.Lin P., Chang C., Hsu P., et al. The efficacy and safety of proton pump inhibitors vs histamine-2 receptor antagonists for stress ulcer bleeding prophylaxis among critical care patients: A meta-analysis. *Crit Care Med* 2010 Vol. 38, No. 4
- 22.Lau J.Y., Sung J.J., Yung M.Y. et al Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N. Engl. J.Med* 2002; 343: 310-316.
- 23.Kettenhoten W. Hemorragia no variceal. *Rev Gastroenterologia Mex* 2004; Vol 69, Supl 3.
- 24.Feu F., Brullet E., Calvet Y., et al Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. *Gastroenterologia Hepatol* 2003; 26 (2): 70-85.
- 25.Cappell M., Friedel D., Initial Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: From initial evaluation up to Gastrointestinal Endoscopy. *Med Clin N Am* 2008, 92: 491-509.
- 26.Cappell M., Friedel D., Acute Nonvaricel Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy. *Med Clin N Am* 2008, 92: 511-550.

Anexo 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____

Diagnostico de ingreso: _____

Comorbilidades asociadas: _____

Estudio diagnóstico endoscópico: Si: _____ No: _____

Resultado de estudio diagnóstico endoscópico: _____

Tratamiento endoscópico: Si _____ No _____

Sangrado digestivo alto: Si: _____ No: _____