

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL  
“LISANDRO ALVARADO”

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES  
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL  
CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA”  
JUNIO 2003 – JUNIO 2004

**NAYIBE YÉPEZ ALBUJAS**

**BARQUISIMETO, 2005**

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”  
DECANATO DE MEDICINA  
POSTGRADO DE MEDICINA DE EMERGENCIA

FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES  
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL  
CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA”  
JUNIO 2003 – JUNIO 2004

**Trabajo presentado para optar al grado de Especialista**

**Por: NAYIBE YÉPEZ ALBUJAS**

**Barquisimeto, 2005**

**FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN  
PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL  
CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA”  
JUNIO 2003 – JUNIO 2004**

**Por: NAYIBE YÉPEZ ALBUJAS**

---

**Dr. Antonio Franco Useche**  
**Tutor**

Barquisimeto, 2005

**FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN  
PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL  
CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA”  
JUNIO 2003 – JUNIO 2004**

**Por: NAYIBE YÉPEZ ALBUJAS**

**Trabajo de Grado Aprobado**

<hr/> Dr. Antonio Franco Useche Tutor	<hr/> Jurado 2
<hr/> Jurado3	

Barquisimeto, de del 2005

## **DEDICATORIA**

A los pacientes quienes fueron el incentivo para la realización de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme permitido la preocupación por la salud del prójimo.

A mis colegas residentes de Postgrado, a mi tutor el Dr. Antonio Franco quien fue el eje pilar de este trabajo, con sus conocimientos y gran profesionalismo.

Al personal del Departamento de Registro y Estadística de Salud, Señoras: Rosita, Luisana, Aleyda, Blanquita, Mariela y Damaris.

Muy especialmente al Dr. Yovanny Mujica quien me brindó sus conocimientos y experiencias incondicionalmente.

A la Dra. Flismina Brito, quien fue de gran ayuda en el momento más trascendental de este trabajo.

A mi familia, quienes siempre estuvieron presente brindándome su apoyo.

**El logro es mío!!  
El triunfo de Ustedes!!**

# INDICE

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
INDICE DE CUADROS.....	viii
INDICE DE GRAFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPITULO</b>	
<b>I</b> EL PROBLEMA.....	2
Planteamiento del Problema.....	2
Objetivos.....	3
General.....	3
Específicos.....	4
Justificación de la Investigación .....	4
Alcances y Limitaciones .....	5
<b>II</b> MARCO TEÓRICO.....	6
Antecedentes de la Investigación.....	6
Bases Teóricas.....	8
Operacionalización de las Variables.....	14
<b>III</b> MARCO METODOLÓGICO.....	15
Tipo de Investigación.....	15
Población y Muestra.....	15
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	15
Técnica de Procesamiento y Análisis de los Datos.....	16
<b>IV</b> RESULTADOS.....	18
<b>DISCUSIÓN.....</b>	24
<b>V</b> CONCLUSIONES.....	25
<b>VI</b> RECOMENDACIONES.....	26
<b>VII</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	27
<b>ANEXOS.....</b>	28
A. Resumen Curricular del autor.....	29
B. Instrumento de Recolección de Datos. ....	30

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Pág.</b>
1	Hemorragia Digestiva Superior según el grupo etario.....	18
2	Hemorragia Digestiva Superior según el sexo.....	19
3	Motivo de consulta más frecuentes en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior .....	20
4	Estudio Endoscópico realizado en pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.....	21
5	Localización de las lesiones mas frecuentemente encontradas en el estudio endoscopico realizado a paciente con Hemorragia Digestiva Superior.....	22
6	Terapéuticas Endoscopica practicada a pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.....	23



## INDICE DE GRAFICO

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
1	Localización de las lesiones más frecuentemente encontradas en el estudio endoscópico realizado a paciente con Hemorragia Digestiva Superior.....	22

**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”**

**DECANATO DE MEDICINA**

**POSTGRADO DE MEDICINA DE EMERGENCIA**

**FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES**

**DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL**

**CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA”**

**JUNIO 2003 – JUNIO 2004**

**Autora: Nayibe Yépez Alujas**

**Tutor: Antonio Franco Useche**

**RESUMEN**

**Objetivo: Dar a conocer la frecuencia de Hemorragia Digestiva Superior en el Servicio de Emergencia del Hospital Central Universitario Dr. Antonio Maria Pineda desde Junio 2003 a Junio 2004. Material y métodos: Este es un estudio descriptivo transversal de 121 pacientes de ambos sexos. La recolección de datos se llevó a cabo a través del instrumento de trabajo (anexo B) donde se registraron nombres, apellidos, edad, sexo, motivo de consulta y los resultados obtenidos mediante la gastroscopia. Los resultados se expresan en cuadros y gráficos. El análisis estadístico utilizado fue el de frecuencias absolutas y porcentuales. Se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 10. Resultados: El grupo de edades más afectados fue el de 61 a 80 años (44= 36.36%). El sexo que predominó fue el masculino (79=65.28%). El motivo de consulta mas frecuente fue la melena (30= 24.79%). El metodo diagnóstico practicado fue la gastroscopia (87= 71.91%) y la localización mas frecuente fue a nivel gástrico (61= 70.12%). Conclusión: La Hemorragia Digestiva Superior debe ser diagnosticada y tratada en forma precoz. La gastroscopia es el método diagnóstico de elección por lo que se debe realizar de inmediato. Se deben**

**plantear nuevas alternativas de manejo de esta enfermedad, como lo es la creación de normas y pautas. Finalmente estos pacientes deben ser manejados interdisciplinariamente y se debe crear una unidad de gastroenterología de emergencia que labore las veinticuatro horas del día.**

**Palabras Clave: Hemorragia Digestiva, Edad, Sexo, Complicaciones, Hallazgos Endoscópico, Transfusiones, Complicaciones.**

## INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, se han realizados numerosos avances científicos y técnicos para el diagnóstico y la terapéutica de la Hemorragia Digestiva Superior, sin embargo se evidencia que sigue siendo un tema de importancia médica no solamente por su alta frecuencia en los servicios de emergencia, sino porque son pacientes que requieren una hospitalización inmediata. Esta patología constituye uno de los cuadros clínicos urgentes más frecuentes a nivel mundial, situándose su incidencia aproximadamente entre 100 – 150 casos por 100.000 habitantes y año, siendo la principal causa de consulta gastroenterológica, lo cual conduce a un considerable índice de mortalidad por shock hipovolémico.

La Hemorragia Digestiva Superior, representa un reto médico, tanto por su diagnóstico como por su manejo, de ahí que requiere la participación de un equipo de médicos expertos. Esta enfermedad afecta a todo tipo de población, constituyendo en nuestro medio una alta tasa de morbilidad, debido a diversos factores predisponentes (infección por *Helicobacter pylori*, ingestión de AINE, de antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, etc.), aunado a éstos, al no existir pautas para el diagnóstico y tratamiento son manejados a criterios de cada médico.

Lo anteriormente expuesto sirve de estímulo para realizar la presente investigación con la necesidad de conocer las estadísticas de esta enfermedad, a fin de plantear acciones que nos permitan activar mecanismos para prevenir y tratar esta patología en los servicios de emergencia médica.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

Se define la Hemorragia Digestiva Superior (H.D.S.), como aquella hemorragia del tracto digestivo cuya fuente de sangrado se encuentra por encima del ligamento de Treintz.

La pérdida aguda de sangre en el tracto digestivo puede manifestarse de tres formas: Hematemesis (es un vómito de sangre roja o en forma de pozos de café), Melena (deposición negra, pegajosa y maloliente) y Hematoquecia (es la expulsión por vía rectal de sangre, heces mezclados con sangre o diarrea sanguinolenta).

Es importante dejar claro que la velocidad de la pérdida sanguínea será la responsable tanto de la respuesta fisiológica del paciente como de la urgencia de las medidas a tomar.

El índice de mortalidad de la Hemorragia Digestiva Superior se sitúa alrededor del 10-14 %, similar a la observada hace 30 años. Esto se debe a que la mortalidad por Hemorragia Digestiva Superior está asociada a la edad y a la presencia de enfermedades concomitantes y a su etiología, la cual es muy diversa.

Llama la atención el número de pacientes que ingresan al servicio de emergencia de nuestro primer centro asistencial con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior. Muchos de ellos con diagnóstico ya conocido y otros con su primer evento de hemorragia. Al no realizar un buen diagnóstico, y por ende un tratamiento adecuado y una buena canalización del paciente, es muy probable que éste reingrese nuevamente. De acuerdo a la severidad del caso y día de ingreso (fin de semana o día feriado), el paciente permanece mínimo cinco días hospitalizado, en espera de estabilización clínica y hemodinámica, para lo cual requiere entre otros, de hemoderivados para poder realizarle su estudio endoscópico que nos marcará las

pautas del tratamiento a seguir, bien sea médico y/o quirúrgico, todo esto se traduce en una prolongación del período de estancia hospitalaria lo cual se va a ver reflejado tanto en la parte psíquica como económica del paciente y de sus familiares e igualmente aumento del costo cama/día por paciente a la institución.

En el año 2002, según los datos obtenidos en el Departamento de Registro y Estadística de Salud del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, se ingresaron 230 pacientes con diagnóstico Hemorragia Digestiva Superior, de los cuales fallecieron 49. Sin embargo, la incidencia de Hemorragia Digestiva Superior en nuestro centro no está definida, quizás por la falta de trabajos estadísticos que precisen el lugar que ocupa la morbilidad en este hospital. Tomando en consideración la alta frecuencia de esta patología es una necesidad conocer las estadísticas de la misma a fin de realizar y facilitar los mecanismos necesarios para disminuir la morbilidad y de implementar un plan diagnóstico terapéutico que nos garantice una adecuada atención inmediata del paciente.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la Frecuencia de la Hemorragia Digestiva Superior en pacientes del Servicio de Emergencia. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Desde Junio 2003 a Junio 2004.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar la frecuencia de Hemorragia Digestiva Superior, según la edad.
2. Determinar la frecuencia de Hemorragia Digestiva Superior, según el sexo.
3. Determinar el motivo de consulta más frecuente en pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.
4. Determinar la localización de las lesiones más frecuentemente encontradas en el estudio endoscópico realizado a pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.
5. Determinar el método diagnóstico más frecuente en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.
6. Determinar la terapéutica más frecuentemente practicada en pacientes con Hemorragia Digestiva Superior a través de la gastroscopia.

### **Justificación de la Investigación**

La Hemorragia Digestiva Superior constituye una de las causas más frecuentes de consulta en el área de emergencia de los hospitales. En nuestro primer centro asistencial, tenemos aproximadamente tres (3) ingresos diarios por esta patología. Esta fue la razón fundamental y a la vez el incentivo primordial para realizar esta investigación con la finalidad de registrar las estadísticas de esta enfermedad, y demostrar fehacientemente el número de pacientes ingresados y tener una base sólida para la necesidad que existe: En primer lugar de contar con un servicio de Banco de Sangre que pueda cumplir de forma inmediata con la preparación y entrega de los hemoderivados y en segundo lugar de crear una Unidad Crítica de Gastroenterología, con servicio de endoscopia y médicos residentes, durante las veinticuatro (24) horas del día. Todo esto se traducirá en un beneficio potencial tanto a la institución como al paciente, al disminuir los días de hospitalización y por ende el costo cama/paciente, así como la pronta incorporación del paciente a su núcleo familiar y a sus actividades

laborales y sociales. Igualmente con este trabajo se persigue facilitar a una mejor y mayor atención médica y de tratamiento y servir como fuente de información y estímulo para futuras investigaciones a nivel local, nacional e internacional.

### **Alcances y Limitaciones**

Dificultad para realizar estudio endoscópico por falta de recursos económicos del paciente, falta de equipo, fallas inherentes al mismo o a la institución.



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Antecedentes de la Investigación**

Desde hace varias décadas atrás, se ha venido realizando investigaciones acerca de las incidencias así como de las características generales de la Hemorragia Digestiva Superior (H.D.S), encontrándose que la incidencia es de 100-150 casos por 100.000 habitantes x años. La incidencia en el varón es el doble que en la mujer y es una patología que se incrementa marcadamente con la edad. La mortalidad actual es similar a la observada hace 30 años atrás y la explicación a este hecho se basa en que la mortalidad de la Hemorragia Digestiva Superior, está asociada a la edad y a la presencia de enfermedades concomitantes, también se ha determinado que dentro de las causas de Hemorragia Digestiva Superior, la más frecuente es la úlcera péptica y que se presenta hasta en un 50% de los casos. Cronológicamente las investigaciones se han realizado de la siguiente manera:

Añez, y col (1990), estudiaron 197 pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en el Hospital Central “Dr. Pedro Emilo Carrillo” de Valera, reportando 161 hombre y 36 mujeres con una edad promedio  $48,31 + 18,99$  DS (rango, 2-89) años.

Según estudios de Vásquez e Iglesias (1992), la causa más frecuente de H.D.A. en una serie de 3.561 pacientes fue la úlcera gástrica, que fue el origen de la hemorragia en el 21% de los casos. La úlcera duodenal y las várices esofagogástrica presentaron una frecuencia similar, en un 16% cada uno de dichos procesos. Luego, siguen en frecuencia las lesiones agudas de la mucosa gástrica (14%) el cáncer gástrico (5%), la esofagitis (4%), síndrome de Mallory – Weiss (3%), lesiones agudas en la mucosa duodenal (3%), tumores benignos (3%), cáncer de esófago (1%).

De acuerdo a estudios realizado por Ramírez y col (1993) en el Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”, Caracas, en 741 casos de pacientes que presentaron sangramiento digestivo superior la causa más frecuente de sangramiento fue la úlcera

duodenal en 266 casos (35,9%); la úlcera gástrica fue responsable de 240 casos (32,4%), la gastritis erosiva se presentó en 74 casos (9,9%) y várices esofágicas en 38 casos (5,1%). Otras causas menos frecuentes fueron observadas en 84 pacientes (11,33%): Síndrome de Mallory – Weiss, gastropatía hipertensiva, tumores gástricos, duodenitis y causas no precisadas y que la media de edad de los 741 pacientes fue: 50,48 +/- 18,9 años con un rango de 12 a 94 años. 517 eran del sexo masculino (69,8%) y 224 (30,2%) del sexo femenino, con una relación 2,3:1 la media de edad de los hombres fue de 46,8 +/- 18,41 años y de las mujeres fue 59,05 +/- 17,46 años. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa. ( $p < 0.001$ ).

Griffiths (1994), considera que toda lesión con vaso visible volverá a sangrar. Pero este aspecto no ha podido ser comprobado por todos los autores. No cabe duda que la presencia del llamado vaso visible añade riesgo de resangrado a una úlcera, pero no con la frecuencia que muchos pensaron. El problema deriva del hecho de que no siempre que el endoscopista cree ver un vaso visible, se trate realmente de un auténtico vaso. El vaso que dió origen a la hemorragia. De hecho, en un importante grupo de úlcera sangrante se ve una prominencia roja, rojo – azulada, negra o blanco – amarillenta, que aunque muchos creyeron durante años que se trataba de un vaso, hoy se ha podido establecer que bastantes veces obedece a la existencia de un coágulo centinela. Según esta evolución de los estigmas hemorrágicos en la úlcera sangrante, bien establecida por Johnston, y tenemos que asumir que el riesgo de resangrado será alto cuando el “vaso visible” (o coágulo centinela) sea rojo, e irá disminuyendo a medida que se vuelva negruzco, o ya sea blanco – amarillento. Es bueno tener presente que no menos del 85% de las Hemorragia Digestiva Superior van a cesar de manera espontánea, que es la mejor, y más fisiológica, forma de que se detenga un sangrado.

## **Bases Teóricas**

La Hemorragia Digestiva Superior (HDS), se define como aquella hemorragia del tracto digestivo cuya fuente de sangrado se encuentra por encima del ligamento de Treitz. En este concepto se incluye también aquellas hemorragias de los órganos vecinos que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, bien por orificios naturales, como es el caso de las hemorragias del árbol biliar o conductos pancreáticos, o a través de orificios patológicos como son las fístulas aortodigestivas.

En los países occidentales la incidencia de la HDS, se sitúa entre 100 y 150 casos por 100.000 habitantes y año. Constituye la principal urgencia gastroenterológica y una de las más frecuentes en cualquier servicio de urgencias médicas. En Estados Unidos, por ejemplo es responsable de 300.000 ingresos hospitalarios por año, en Alemania significan unos 60.000 ingresos al año. En España el problema tiene una magnitud parecida, y así en el Hospital “Juan Canalejo de la Coruña” las HDS producen el 3% de los ingresos. En el Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”, de El Llanito, Caracas, la HDS representa el 28% de los ingresos al Servicio de Gastroenterología.

La incidencia en el varón es el doble que en la mujer y es una patología que se incrementa marcadamente con la edad. La mayor esperanza de vida de nuestra sociedad ha elevado la frecuencia de este proceso.

El sangrado digestivo, sobre todo la HDS, representa un reto médico y quirúrgico que requiere de un diagnóstico y manejo adecuado por un equipo de médicos expertos en diferentes especialidades.

La incidencia de la hemorragia digestiva en una comunidad determinada varía, dependiendo de diversos factores que incluyen entre otros: tipo de población en estudio, edad de los pacientes, incidencia de enfermedad ulcero péptica, hepatopatía por alcohol, uso de antiinflamatorios no esteroides, enfermedades asociadas (sepsis, traumas, insuficiencia renal), etc.

Actualmente se involucran varios factores etiopatogénicos para explicar la patogénesis de la enfermedad ácido péptico y se ha logrado la identificación de algunos de ellos con efecto probado en el desarrollo de la úlcera péptica como: la infección por *Helicobacter pylori*; la presencia de este microorganismo en el estómago y duodeno en pacientes con gastritis, úlcera gástrica y úlcera duodenal ha sido confirmado por múltiples investigadores en todo el mundo, con porcentajes muy similares, 98% en pacientes con gastritis, 80% en pacientes con úlcera gástrica, 90% en pacientes con úlcera duodenal. Este microorganismo se adhiere al mucus de la superficie de las células gástricas y en el duodeno en los sitios de metaplasia gástrica, produciendo cambio en su estructura y daño celular, lo cual facilita su colonización, rompiendo la barrera mucosal. Existen varios estudios que evalúan el papel protector de la erradicación de este microorganismo en la tasa de resangrado de la enfermedad péptica. Todos ellos confirman que la erradicación del bacilo reduce la tasa de resangrado posterior aunque el seguimiento no es muy prolongado y por tanto el efecto a largo plazo no puede ser definido. La experiencia clínica diaria avala los resultados de este estudio, ya que la terapia erradicadora ha modificado sustancialmente la historia natural de la úlcera péptica. Numerosos fármacos han sido relacionados con la presencia de HDS. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son el grupo más usados. Todos ellos son capaces de causar lesiones a lo largo del tracto digestivo y por tanto los pacientes que los utilizan tienen un mayor riesgo de HDS. Los factores clínicos relacionados con la presencia de complicaciones por ingesta de AINE son la edad superior a 75 años, la historia previa de úlcera péptica, los antecedentes de hemorragia digestiva y la presencia de una cardiopatía concomitante. El efecto gastroerosivo de los AINE es dosis-dependiente. En un estudio reciente se ha observado que el riesgo relativo (RR) de HDS en un paciente que toma 75 mg de ácido acetilsalicílico (AAS) es de 2,3. A mayor dosis se observa un mayor RR. Siendo de 3.2 para 150 mg y 3.9 para 300 mg. Este aspecto es interesante, ya que una de las principales indicaciones del uso de AAS es la antiagregación para lo cual son necesarias dosis mínimas del fármaco. El uso de anticoagulantes se asocia a un mayor riesgo de HDS, aunque en la mayoría de los

casos existe una lesión gastrointestinal subyacente. Shorr et observaron que el riesgo de HDS en pacientes que tomen anticoagulantes es 3.3. veces mayor que en la población general. El RR de HDS en pacientes que toman anticoagulantes asociados a un AINE es de 12,7. Recientemente se ha descrito que existe un mayor riesgo de HDS en pacientes que toman calcioantagonistas en relación con la toma de bloqueadores beta. Este riesgo fue significativamente superior para verapamil y diltiazem pero no para nifedipino. La asociación entre calcioantagonistas y HDS puede deberse a la vasodilatación y al efecto sobre la agregación plaquetaria que producen estos fármacos.

La edad media de los pacientes sangrantes parece estar en aumento en el mundo occidental; cada vez es más frecuente el ingreso de pacientes de edad avanzada, y por tanto, con muchos problemas asociados, que presentan HDS, muchas veces en relación con la ingesta de antiinflamatorios, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, o de todos ellos al mismo tiempo. En España, al distribuir el número de casos de HDS por sexo y edades, en los varones el pico de mayor incidencia estaba en la década de los 51 – 60 años, y en segundo lugar la década siguiente, es decir de 61 – 70 años, no siendo baja tampoco la incidencia de HDS en edades superiores. Este hecho es aún más evidente entre las mujeres, en las que la década con mayor número de HDS es la de los 71 – 80 años, y la siguiente en incidencia es, precisamente, la de los 61 – 70 años.

Diversos factores están asociados a sangrado continuo o recurrente y algunos signos han sido utilizados como valores predictivos adversos, con un significativo incremento en la mortalidad. La severidad de la hemorragia inicial tiene un alto valor pronóstico. Pacientes cuya hemorragia se manifiesta como hematemesis, aspirado nasogástrico hemático y continuo o hematoquecia abundante indican hemorragia más severa que aquellos pacientes que consultan por melena solamente; sin embargo, el patrón de presentación puede hacer al clínico subestimar la magnitud de la pérdida de sangre. Otros factores usados frecuentemente como indicadores de la magnitud de la hemorragia son la inestabilidad hemodinámica o presencia de shock hipovolémico y el número de requerimientos de unidades de transfusión.

Se considera sangrado masivo, cuando el paciente requiere más de dos unidades de 500 ml de sangre durante su estancia hospitalaria, y que además tenga una hemoglobina menor de 10g.

Se puede afirmar que 90% de los pacientes presentan melena (evacuaciones negras) y el 60% hematemesis, acompañado de dolor en un 60%. Hay que recordar que aunque las dos terceras partes de los pacientes sangran por una úlcera péptica, una tercera parte ni tiene síntomas de dispepsia ni de úlcera; además habrá síntomas de hemorragia aguda, con mareo, taquicardia, piel fría, hipotensión arterial, palidez, y lipotimia, que son manifestaciones del shock hipovolémico.

Las causas de sangrado de tubo digestivo se resumen así:

**Enfermedades del esófago:**

- Várices esofágicas.
- Esofagitis y úlcera
- Síndrome de Mallory – Weiss
- Tumores y otros.

**Enfermedades del estomago y duodeno:**

- Neoplasias
- Hernia hiatal
- Traumatismo
- Cuerpos extraños
- Duodenitis.

**Enfermedades sistémicas:**

- Amiloidosis, mieloma, sarcoidosis, uremia.
- Isquemias gastrointestinales
- Sarcoma de Kaposi
- Leucemias, púrpuras, hemofilia.
- Afibrinogenemia.
- Coagulación intravascular.
- Hemorragia hereditaria (Réndu – Osler – Weber)
- Deformidades vasculares difusas; otras

Estudios endoscópicos han sugerido que el 75% de los casos de HDS son causados por gastritis, úlceras gástricas y úlcera duodenal y entre el 5 y 15% de casos son causados por várices esofagitis, duodenitis y Síndrome de Mallory – Weiss.

Aunque la historia clínica oriente a las tres causas principales de sangrado, úlcera péptica, gastritis o várices, existen múltiples causas que deben descartarse. Por ello, no debe precipitarse el diagnóstico, sino que será necesario realizar historia clínica, examen físico e iniciar procedimientos diagnósticos y tratamiento simultáneo a la brevedad posible, para obtener buenos resultados.

Los antecedentes y las estadísticas también son importantes, por ejemplo en el cirrótico con sangrado, más de la mitad de los casos tienen gastritis erosivas, en el paciente con historia de ingesta de salicilatos se pensará asimismo en gastritis erosiva, en tanto que en el traumatizado o con quemaduras extensas, orientará a úlceras de Cushing o de estrés..

La endoscopia permite establecer un diagnóstico, un pronóstico y en muchos casos se convierte en una exploración terapéutica de eficacia demostrada. En principio se debe realizar una endoscopia digestiva superior en todo paciente con HDS a no ser que existan contraindicaciones (absolutas: sospecha o certeza de perforación de viscera hueca, inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar que conlleve riesgo vital para el paciente, etc; relativas: infarto agudo de miocardio reciente, aneurisma aorta torácica, cirugía toracoabdominal reciente, no colaboración del paciente, etc.) Debe realizarse en las primeras 24 horas ya que la precocidad en su realización se asocia a una mayor eficacia diagnóstica.

La endoscopia de urgencia va a proporcionar un diagnóstico etiológico en un porcentaje alto de HDS, que oscila en diversas series entre el 90 – 94%. El porcentaje de casos no diagnosticados es de 7%. En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se hará fácilmente sin necesidad de lavado gástrico. Lo que sí es imprescindible, para realizar la endoscopia, es que el paciente presente un mínimo de estabilidad hemodinámica.

Una buena exploración de urgencia exige una revisión completa de todo el tracto digestivo superior, ya que la posibilidad de encontrar varios puntos sangrantes a distintos niveles no es rara. Hasta un 6,8% de los pacientes sangran por más de una lesión. Bien es cierto que la existencia de varias lesiones sangrantes en el mismo enfermo guarda cierta lógica fisiopatológica, como es el sangrado al mismo tiempo por lesiones agudas gástricas y duodenales, o por várices y lesiones agudas de la mucosa gástrica.

¿Cuáles son los criterios endoscópicos para establecer un diagnóstico etiológico de HDS?. Desde hace muchos años se considera a una lesión responsable de una HDS en cualquiera de los 3 supuestos siguientes: Lesiones con hemorragia activa durante la endoscopia, lesiones con signos de sangrado reciente y lesiones únicas potencialmente sangrante.

Uno de los primeros trabajos que se publicaron en este sentido estaba firmado por Forrest et al, por lo que la costumbre ha hecho que se conozcan como “Tipo de Forrest” a los criterios anteriormente señalados.

No siempre el sangrado activo es de la misma intensidad, y es importante describir la modalidad de sangrado activo, ya que puede condicionar el pronóstico o tratamiento del paciente. Por lo general, solo es posible ver un sangrado activo importante, que se describe como “a chorro” o “en jet”, a unas pocas lesiones siendo las habituales las várices, las úlceras pépticas, la enfermedad de Dieulafoy y algunos tumores benignos. Sangrados menos intensos, descritos como **“babeantes”**, **“espumeante”** o **“resumante”** podremos sin embargo, observarlos en casi todas las causas de HDS, desde las várices hasta los tumores.

Como se ha mencionado la HDS, es una patología frecuente y severa en cualquier centro de atención de emergencia, local, nacional e internacional y aunque se han hecho algunas publicaciones al respecto, en este hospital no se conoce la verdadera magnitud del problema. Es por esto que se realizará un estudio descriptivo, con el propósito de determinar la frecuencia de HDS en los pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” de Barquisimeto. Junio 2003 – Junio 2004.



### Operacionalización de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Edad	Tiempo transcurrido en el que el organismo humano alcanza su completo desarrollo.		- 13 - 40 y más años
Sexo	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.		Femenino - Masculino
H D S	Es la hemorragia del tracto digestivo y la fuente de sangrado se encuentra por encima del ligamento de Treintz	Clinica	<b>Motivo de consulta.</b> - Melena - Hematemesis - Hematoquecia, etc
		Paraclínicos	<b>Gastroscoopia</b> - Esófago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Varices esofágicas</li> <li>▪ Síndrome Mallory – Weiss</li> <li>▪ Úlceras esofágicas</li> <li>▪ Cáncer esofágico</li> </ul> - Estomago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Úlceras gástrica</li> <li>▪ Cáncer gástrico</li> <li>▪ Gastritis erosiva crónica</li> </ul> - Duodeno <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Úlcera Duodenal</li> <li>▪ Bulbo Ulceroso Deformado</li> <li>▪ Cáncer Duodenal</li> </ul>
		Terapéutica	<b>Gastroscoopia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemoclip</li> <li>▪ Ligadura</li> <li>▪ Escleroterapia</li> </ul>

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### **Tipo de Investigación**

Se realizó una investigación descriptiva transversal. Los estudios transversales describen la situación existente en un momento dado y no requieren observar durante un periodo de tiempo a las personas estudiadas.

#### **Población y Muestra**

Se define la población como todas aquellas personas que ingresen al servicio de Emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, durante el lapso de un año con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior , y la muestra estará conformada por este mismo número de personas.

#### **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

La fuente de datos fue obtenida mediante fuente secundaria, a través de la historia clínica.

La técnica de recolección de datos fue mediante la observación directa del paciente en cuestión.

El instrumento está representado por una ficha elaborada (Anexo B), donde se registraron los datos de cada uno de ellos y cuyo contenido está estructurado de la siguiente manera.

**Primera Parte:** Identificación: se registró nombres y apellidos, edad, sexo, N° de historia.

**Segunda Parte:** Incluye motivo de consulta: Hematemesis, melena, hematoquecia, debilidad, palpitaciones, mareos, angina, palidez y sudoración.

**Tercera Parte:** Incluye los hallazgos endoscópicos a nivel de esófago, estómago, duodeno, otros.

**Cuarta Parte:** Incluye terapéutica endoscópica practicada a pacientes con hemorragia digestiva superior.

### **Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos**

La información se recabó a través de una ficha de datos recopilados diariamente, para obtener una población determinada. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 10, los resultados se presentan en cuadros y gráficos.

### **Material y Método**

Este es un estudio descriptivo trasversal realizado en el servicio de emergencia general del Hospital Central Universitario Dr. Antonio Maria Pineda, en el período de Junio 2003 a Junio 2004. En el cual se estudiaron 121 pacientes con diagnóstico Hemorragia Digestiva Superior.

A cada paciente se le aplicó el instrumento de recolección de datos (Anexo B), donde se registró por interrogatorio sus nombres y apellidos, edad, sexo y sobre la forma clínica de presentación del sangramiento digestivo.

A todos los pacientes se les realizó examen físico y se tomaron datos de la historia clínica como lo fue el resultado del estudio endoscópico practicado, el cual fue llevado a cabo bajo la supervisión de los médicos residentes y especialistas, que laboran en el servicio de Gastroenterología de este hospital, usando los equipos de este servicio, video-gastroscopio, marca Fujinon, modelo EG-200Hr, serial N° 52096.

Por medio de este estudio se determinó la localización de la lesión y se les aplicó terapéutica endoscópica en los casos que lo ameritaron (escleroterapia- hemoclip-ligadura, etc).

Los resultados se presentan en cuadros y graficos y el análisis estadístico utilizado, fue el de frecuencias absolutas y porcentuales, para ello se empleo el paquete estadístico spss versión 10.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### Cuadro 1

Hemorragia Digestiva Superior según el grupo etario.

Edad	Nº casos	%
≤ 20	8	6.61
21-40	18	14.86
41-60	40	33.05
61-80	44	36.36
81-100	10	8.26
≥ 101	1	0.86
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos Propios

n= 121

Se observó que la Hemorragia Digestiva Superior se presentó en todos los grupos de edades estudiados. Siendo el grupo más afectado los de 61 a 80 años de edad, 44 (36.36%), seguido del grupos de 41 a 60 años de edad, 40 (33.05%) y los de 21 a 40 años de edad 18 (14.86%). Los grupos menos afectado fueron los menores de 20 años de edad 8 (6.61%) y los mayores de 101 años 1(0.86%).

## Cuadro 2

Hemorragia Digestiva Superior según el sexo

Sexo	Nº casos	%
Masculino	79	65.28
Femenino	42	34.72
<b>Total</b>	121	100

**Fuente:** Datos Propios n= 121

El género que predominó fue el masculino con 79(65.28%) en comparación con el femenino 42 (34.72%)

### Cuadro 3

Motivo de consulta más frecuentes en los pacientes con Hemorragia Digestiva Superior

Motivo de consulta (signos y síntomas)	Nº veces	%
Melena	30	24.79
Hematemesis	25	20.66
Hematoquecia	2	1.65
Debilidad	10	8.27
Palpitaciones	10	8.27
Mareos	14	11.57
Angina	1	0.82
Palidez	20	16.53
Sudoración	9	7.44
Total	121	100

**Fuente:** Datos Propios

En cuanto al motivo de consulta en los pacientes con hemorragia digestiva superior, se concluye que lo mas frecuente es la melena que se presentó en 30 casos (24.79%), seguido de la hematemesis que se presentó en 25 casos (20,66%), la palidez en 20 casos (16.53%), mareos en 14 pacientes (11.57%), la debilidad y palpitaciones que se presentaron en 10 casos (8.27%) respectivamente y sudoración 9 (7.44%) y lo menos frecuente fue la hematoquecia 2 casos (1.65%) y la angina 1 caso (0.82%).

#### Cuadro 4

Estudio Endoscópico realizado en pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.

Endoscopia realizada	Nº de casos	%
Si	87	71.91
No	34	28.09
<b>Total</b>	121	100
<b>Fuente:</b> Datos Propios		n= 121

Se determinó que de los 121 paciente estudiados, a 87 pacientes (71.91%) se les realizó gastroscopia y 34 paciente (28.09%) no se les realizó, debido a diferentes causas entre las cuales se encuentran: falta de agua en la institución, fallas en el equipo de endoscopia, inestabilidad clínica y hemodinámica del paciente y la no colaboración de los mismo.



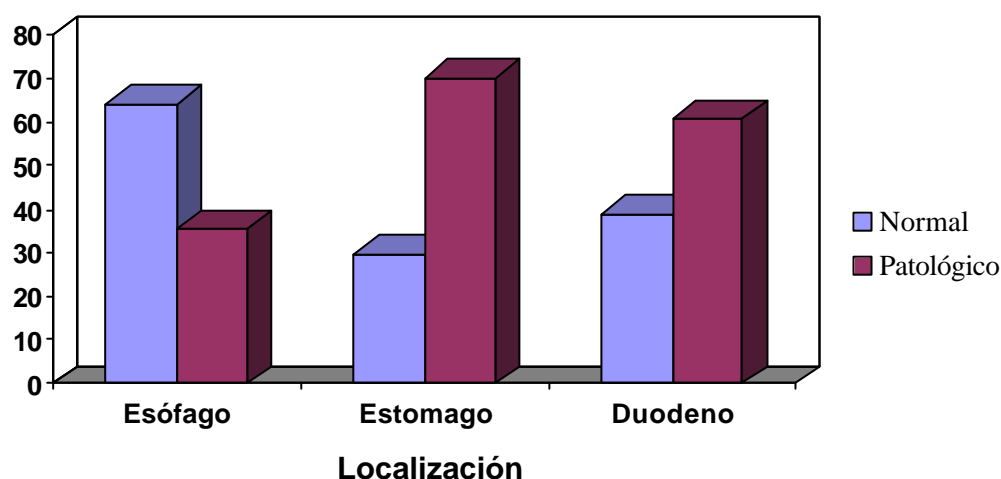
### Cuadro 5

Localización de las lesiones más frecuentemente encontradas en el estudio endoscópico realizado a pacientes con hemorragia digestiva superior.

Localización	Normal		Patológico		Total	%
	Nº de casos	%	Nº de casos	%		
Esófago	56	64.36	31	35.64	87	100
Estomago	26	29.88	61	70.12	87	100
Duodeno	34	39.08	53	60.92	87	100

Fuente: Datos Propios

n= 121



**Gráfico 1.** Localización de las lesiones más frecuentemente encontradas en el estudio endoscópico realizado a pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.

En cuanto a la localización de las lesiones de la hemorragia digestiva superior por segmentos anatómicos, se determinó que la mayoría de las patologías se encontraron a nivel gástrico 61 paciente (70.12%), seguido del duodeno 53 (60.92%) y finalmente del esófago 31 (35.64%).

### Cuadro 6

Terapéuticas Endoscópica mas frecuentemente practicada a pacientes con Hemorragia Digestiva Superior.

Procedimiento Endoscópica	Nº de casos	%
Gastroscofia más Ligadura	1	9.09
Gastroscofia más Escleroterapia	7	63.63
Gastroscofia más Escleroterapia más Hemoclip	2	18.19
Gastroscofia más Hemoclip	1	9.09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos Propios

n= 121

En cuanto al tipo de terapéutica practicada a paciente con Hemorragia Digestiva Superior, se determinó que 7 pacientes (63.63%) se les realizó gastroscofia más escleroterapia, 2 pacientes (18.19%) se les realizó gastroscofia más escleroterapia más hemoclip, 1 paciente (9.09%) se realizó gastroscofia más ligadura y gastroscofia mas hemoclip respectivamente.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

La Hemorragia Digestiva Superior, es motivo de hospitalización siempre, y a pesar de los avances terapéuticos, la mortalidad de los episodios agudos sigue siendo considerable, pudiendo llegar al 70% en las primeras horas del episodio crítico. La incidencia de la hemorragia digestiva, en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio Maria Pineda para el periodo junio 2003 a junio 2004, fue de 0.73%.

La Hemorragia Digestiva Superior es una afección más frecuente en el sexo masculino que el femenino, en una relación 2:1 y predomina entre adultos mayores de 50 años. De ahí que se hace imperativo un diagnóstico temprano y la pronta iniciación de un tratamiento adecuado con la finalidad de prevenir las recidivas de las hemorragias, las complicaciones que pueden conducir a la fatalidad o ha ensombrecer el futuro de estos pacientes.

El presente trabajo de investigación coincide con estudios anteriores como el de Añes y col (1990); Vásquez e Iglesia (1992) y Ramírez y col (1993) en cuanto a la frecuencia de hemorragia digestiva en relación con el grupo etario y sexo. En este trabajo se demuestra igualmente que la mayor frecuencia de esta patología ocurre en adultos mayores de 41 años (95= 78.53%). Así mismo el sexo masculino es el más afectado (79= 65.28%). Se demostró también que los signos y/o síntomas más frecuentes en la mayoría de estos pacientes fueron: la melena (30 = 24.79%), la hematemesis (25 = 20.66%) y la palidez (20 = 16.53%).

El método utilizado para el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior fue la gastroscopia, (87= 71.91%). El segmento anatómico donde se encontró el mayor porcentaje de afectación fue a nivel gástrico (61= 70.12%) seguido del duodeno (53= 60,92%) y el esófago (31= 35.64%). Resultados compatibles con el estudio realizado por Ramírez y col (1993). Entre las medidas terapéuticas practicadas a través de la endoscopia, la que predominó fue la escleroterapia, (7= 63.63%).

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

1. La Hemorragia Digestiva Superior es una entidad clínica que debe ser diagnosticada y tratada de forma inmediata, por las complicaciones que esta puede acarrear.

2. Al paciente con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior, se le debe garantizar su estabilidad clínica y hemodinámica para poder llevar a cabo el método diagnóstico (gastroscopia) que permita determinar con exactitud la fuente del sangramiento y así ejecutar el tratamiento médico – quirúrgico sugerido y apropiado, en el tiempo requerido.

3. El método diagnóstico de elección de estas patologías es la gastroscopia.

4. Se debe manejar a estos pacientes de manera interdisciplinaria, donde exista la participación de todo un equipo conformado por: médicos de emergencia, quirúrgicos, gastroenterólogos, personal del servicio de laboratorio y banco de sangre, al igual que el personal de paramédico del servicio de emergencia.

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Se deben plantear nuevas alternativas en el manejo de la Hemorragia Digestiva Superior. Considerado como una de las alternativas, la unificación de criterios entre los servicios involucrados en la atención de estos pacientes. (banco de sangre, laboratorio, gastroenterología y medicina de emergencia)

2. Los pacientes con hemorragia digestiva superior activa y/o inestable hemodinámicamente deben ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o una unidad de cuidados intermedios y se les debe realizar gastroscopia de emergencia y aquellos que presentan shock hipovolémico deben intervenir de inmediato y realizar endoscopia de emergencia pre o intra operatoria.

3. Se debe contar con el servicio de gastroenterología las veinticuatro horas del día que nos permita realizar el estudio endoscópico en un tiempo prudencial y por ende el diagnóstico y tratamiento precoz.

4. Se debe trabajar en forma mancomunada, en equipo con todos los servicios médicos involucrados, de manera que podamos establecer criterios pronósticos de gravedad, el tratamiento médico/quirúrgico preciso y adecuado oportunamente, garantizando de alguna manera la incorporación de estos pacientes a su núcleo familiar, actividades laborales y sociales; todo esto se traducirá en beneficio para la institución al disminuir los días de hospitalización y costo/cama paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Añez, M. y col. 1990. El Valor de la Endoscopia de Emergencia en Hemorragias Digestivas Superior. GEN. 44 (2): 125 – 133 Abril – Junio
- Bronstein, CM. 1992. Hemorragia Digestiva Aguda. Departamento de Vías Digestivas. Hospital Oncológico “Padre Machado”. GEN 46 (4): 317 – 327
- Burton, W.; Lec., S.; Hsu y Stasior, D. 1999. Medicina Basada en la Evidencia. Massachusets General Hospital. Editorial Marban Libros S.L. Madrid España.
- Calleja Pañero, J. L. y Martínez Parras, J.L. 2000. Revista Medicine. 8 (14) 725 – 733.
- Clínicas Médicas de Norteamérica. 1993. Hemorragia de vías gastrointestinales altas independiente de várices. Editorial Interamericana. Urgencias Gastrointestinales. 5 (5): 1031 – 1069.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.1990. Segunda Edición Salvat.
- García – Pagan JE; Bosch J. 1992. Tratamiento profiláctico de la hemorragia digestivas por rotura de várices esofágicas. Unidad de Hepatología. Hospital Clinic Provincial. Gastroenterología Hepatología. Barcelona. 15 (8): 485 – 489.
- Jay H., S. 1987. Medicina Interna. 2ª Edición Tomo I Editorial Salvat pp. 73 –79.
- Lawrence S., F. MD. 1993. Gastroenterology Clinics of North America. 22 (4): 717
- Ludewig, C. y otros. 1994. Taller de Metodología de la Investigación pp 37
- Ramírez, F. et al. 1993. Hemorragia Digestiva Superior. Análisis prospectivo de 741 casos. GEN. 47 (3): 139 – 144. Junio – Septiembre.
- Salas Coll, C. 1990. Fundamentos Fisiopatológicos para el Tratamiento de la Úlcera Péptica. GEN. 44 (2); 180 – 190.
- Vargas Domínguez, A. 1990. Gastroenterología. Sangrado del Tubo Digestivo Alto. Nueva editorial Interamericana S.A. México. pp. 107 – 111.
- Vásquez Iglesias, JL. 1992. Endoscopia Digestiva Alta. Galicia editorial. S.A. pp. 233 – 249.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### RESUMEN CURRICULAR DEL AUTOR

#### **DATOS PERSONALES:**

**Nombres:** Nayibe

**Apellidos:** Yépez Albuja

**Cédula de Identidad:** 7.348.274

**Teléfono:** (0251) 4422979 – (0418) 5159801

#### **DATOS ACADÉMICOS:**

##### » **Título de Pregrado:**

- Institución Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Barquisimeto- Estado Lara. Año de Graduación: 1995. Título recibido: Médico Cirujano.

#### **Cargo Actual:**

- Residente de Postgrado Medicina de Emergencia, Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Desde Marzo 2002 a Marzo 2005.



**ANEXO B**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”  
DECANATO DE MEDICINA “DR. PABLO ACOSTA ORTIZ”  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**FRECUENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN PACIENTES DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL  
CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA”  
JUNIO 2003 – JUNIO 2004**

**I. IDENTIFICACIÓN:**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Nº Historia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**II. MOTIVO DE CONSULTA**

**Clínica**

Hematemesis	( )
Melena	( )
Hematoquecia	( )
Debilidad	( )
Palpitaciones	( )
Mareos	( )
Angina	( )
Palidez	( )
Sudoración	( )

**III. SEGÚN LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS**

**Esófago:** \_\_\_\_\_

**Estomago:** \_\_\_\_\_

**Duodeno:** \_\_\_\_\_

**IV. INCLUYE TERAPEÚTICA ENDOSCÓPICA PRACTICADA A  
PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR: \_\_\_\_\_**