

ISSN 11209  
AUTORIDAD 29/67



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE MEDICINA**

Factores Clínicos Predictivos de  
Hemorragia Masiva y/o Mortalidad  
por Sangrado de Tubo Digestivo alto  
en el Hospital de Especialidades  
Centro Médico La Raza (H.E.C.M.R.)

**T E S I S**

Que para obtener el Título de  
**CIRUJANO GENERAL**

**P r e s e n t a:**

**DR. VICTOR LUIS HERNANDEZ ROMERO**

Asesor de Tesis;

**DR. FERNANDO DEL VALLE BAYONA**

México, D. F.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	pag.
OBJETIVOS . . . . .	1
HIPOTESIS . . . . .	2
INTRODUCCION . . . . .	3
ANTECEDENTES HISTORICOS . . . . .	7
MATERIALES Y METODOS . . . . .	10
RESULTADOS . . . . .	12
DISCUSION . . . . .	16
CONCLUSIONES . . . . .	20
CUADROS . . . . .	21
BIBLIOGRAFIA . . . . .	26

## OBJETIVOS

- 1.- Comprobar si existen algunos parámetros que nos sean útiles para elegir el tipo de tratamiento, ya sea médico o quirúrgico , en nuestros pacientes con Sangrado de Tubo Digestivo Alto .
- 2.- Contar con un elemento más de criterio para el manejo de los pacientes con Sangrado de Tubo Digestivo Alto , como serían los factores de riesgo para presentar hemorragia severa y su mortalidad por ésta causa , y con ello contribuir para que en un futuro - disminuya dicha mortalidad.

HIPOTESIS

- 1.- En nuestro medio son aplicables los factores -  
clínicos pronósticos de hemorragia masiva y/o morta-  
lidad por Sangrado de Tubo Digestivo Alto descritos  
por Clason y cols.
  
- 2.- Los factores clínicos pronósticos de hemorra--  
gia masiva y/o mortalidad por Sangrado de Tubo Di--  
gestivo Alto referidos por Clason y cols., no tienen  
aplicación en nuestro medio.
  
- 3.- Con algunas modificaciones, serían aplicables--  
en nuestro medio los factores clínicos pronósticos--  
de Clason y cols.

## INTRODUCCION

El Sangrado de Tubo Digestivo Alto (S.T.D.A.) es una de las urgencias médicas más frecuentes, ya que -- comprende del 8 al 10% del total de ingresos a los ser vicios de Urgencias de los hospitales de la Secretaría de Salud (S.S.) en México<sup>1</sup> ; en el Hospital Clínico -- Provincial de Barcelona representó el 0.61 % de todas las urgencias atendidas en 1979, porcentaje semejante al de la Angina de Pecho (0.68%) y claramente superior al del Infarto Agudo del Miocardio (0.44%),<sup>2</sup> porcentaje que equivale a 400 casos anuales comparados con los 578 casos reportados por Gamboa y cols. en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza (H.E.C.M.R) en 1982.<sup>3</sup> En la actualidad se reportan en Inglaterra -- y País de Gales 25,100 ingresos anuales por S.T.D.A. y en Oxford 28,000 casos.<sup>2</sup>

La etiología de éste problema varía de un país -- a otro , y aún en nuestro medio , de una institución -- a otra . Palmer y Schiller<sup>4</sup> encontraron como la causa -- más frecuente de S.T.D.A. a la Ulcera Duodenal , en -- 2o. lugar a la Ulcera Gástrica y en 3o. a las Várices -- Esofágicas ; Protell y cols.<sup>5</sup> reportaron a la Ulcera -- Duodenal en el 30 a 40 % de los casos , a la Gastritis Erosiva en el 20 % y a la U. Gástrica en el 10 a 15 % ; Katon y Smith<sup>5</sup> a su vez reportaron a la U. Duodenal --

con un porcentaje del 26%, a las Várices Esofágicas con 16% y a la U. Gástrica con 15%; la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (A.S.G.E.) de Baltimore, menciona como las 3 primeras causas a la U. Duodenal, la Gastritis Erosiva y a la U. Gástrica en orden decreciente;<sup>6</sup> la O.M.G.E. Multi National Survey en su estudio de 4,010 casos coloca a la U. Péptica en 1er. lugar, a las Várices Esofágicas y a la Gastritis Erosiva en 2o. y 3er. lugar respectivamente.<sup>7</sup> En México, Ramírez Degollado y Tanimoto<sup>8</sup> informan como causa más frecuente a la Gastritis Erosiva, seguida de la U. Gástrica y las V. Esofágicas en orden decreciente; Gamboa y cols.<sup>3</sup> del H.E.C.M.R. encontraron como 1a. causa a las V. Esofágicas, a la Gastritis Erosiva en 2o. lugar y la U. Péptica en 3o. En otro estudio Hernández R.F.<sup>9</sup> encontro como causas del S.T.D.A. en el transoperatorio a la U. Gástrica en el 43.9% de los casos, a la Gastritis Erosiva en el 17.1% al igual que la U. Duodenal (17.1%) y a las V. Esofágicas en el 7.3%.

A pesar de todos los adelantos en el diagnóstico y tratamiento del S.T.D.A. en las últimas décadas, la mortalidad por S.T.D.A. es del 10%, además esta cifra aumenta al 25 o 50% cuando se consideran los casos de hemorragia masiva.<sup>10</sup>

Para el diagnóstico del S.T.D.A. se han ido perfeccionando los métodos, desde la prueba del hilo de

Einhorn en 1908, el diagnostotubo, la sonda de Miller-Abbott, la radiología con papilla de bario, la Arteriografía Selectiva, la Endoscopía y la Centelleografía del abdomen con azufre coloidal o eritrocitos marcados con Tc<sup>99</sup>. Al principio se penso que la Endoscopía iba a disminuir la mortalidad por S.T.D.A., pero estudios recientes ponen en controversia sus beneficios, asi mismo, se ha demostrado que la Arteriografía Selectiva solo es útil cuando la hemorragia es mayor de 0.5 ml./ min.<sup>5, 8, 10</sup>

En el manejo de el S.T.D.A. se cuenta en la actualidad con múltiples opciones desde el lavado gástrico, la sonda de Sengstaken-Blakemore, la sonda de Linton-Machlas, el tubo cuádruple de Patten-Johnson, hasta los bloqueadores H<sub>2</sub>, el propranolol, la vasopresina, el rayo laser, la electrofulguración, las prostaglandinas, la somatostatina y la escleroterapia y los hemoclips para las V. Esofágicas. La gran cantidad de opciones refleja que ninguna de ellas es completamente efectiva, incluyendo a las intervenciones quirúrgicas.

Tradicionalmente existen criterios de manejo médico-quirúrgico en los casos de S.T.D.A., algunos autores dividen las indicaciones de cirugía en absolutas y relativas; entre las absolutas se encuentran : pérdida de más de 30% del volumen circulante, persistencia de la hemorragia por más de 48 hs., transfu--



sión de más de 1500 ml. de sangre en 24 hs., evidencia endoscópica de hemorragia arterial y hemorragia-recurrente; y las relativas son : paciente mayor de 50 años, hemorragia previa, dolor que precede al sangrado y tipo poco frecuente de sangre .

El objetivo de éste trabajo es evaluar la aplicabilidad en nuestro medio de 4 criterios clínicos - pronósticos de riesgo de hemorragia masiva y/o mortalidad en pacientes con S.T.D.A., recientemente descritos por Clason y cols.<sup>2, 5, 6, 7, 10, 11, 20.</sup> que incluyen : a) pacientes mayores de 60 años, b)--- hemoglobina (Hb) al ingreso menor de 8 gr.%, c) hematemesis como causa precipitante de la admisión y d)--- estigmas endoscópicos de hemorragia reciente en una - úlcera gástrica o duodenal .

## ANTECEDENTES HISTORICOS

Los clínicos han observado y anotado las características de la hemorragia gastrointestinal desde hace más de 5,000 años, pues, en el año 2,600 a.C. -- los chinos ya bosquejaban una rudimentaria anatomía del estómago y daban 48 puntos de acupuntura para -- tratamiento; en el papiro de Ebers de 1,550 a.C. ya -- se mencionaban los síntomas de la úlcera péptica y -- las complicaciones de la hemorragia, lo mismo que en Las Obras Médicas de Hipócrates, pero se creía que -- se debía a un exceso de "humor sanguinolento" tratan dola con venosección.<sup>13</sup>

La 1a. descripción de la Úlcera Gástrica se le atribuye a Diocles de Cariostos en el siglo IV a.C., Galeno en el siglo II a.C. describió las complicaciones de la úlcera péptica, resaltando que la hemorragia cursaba en numerosas ocasiones con heces negras. Avicena ponía a la dieta en un lugar central en el -- tratamiento de los pacientes <sup>2</sup>.

Con la introducción de la imprenta en 1454 se -- revivió el interés en la anatomía, base de los avances posteriores en el conocimiento de la hemorragia-gastrointestinal. En el año de 1,700 Bauhin y Littre reportaron sus estudios anatomopatológicos de pacien tes a quien se les encontró úlcera gástrica, al --- igual que Morgagni, quien además fué el 1o. en des--

cribir a la hemorragia digestiva causada por hipertensión portal.

En 1,828 Abercrombie señaló las dificultades para establecer un diagnóstico preciso y describió casos mortales en los que no se había encontrado la fuente de la hemorragia.<sup>2</sup>

Durante la 2a. mitad del siglo XIX el tratamiento de la hemorragia gastrointestinal aguda difería poco del tratamiento propuesto por Hipócrates, incluso en 1,892 cuando Ewald escribió sobre la terapia de ésta patología, no pudo resistir el incluir "la aplicación de quizás una o dos sanguijuelas sobre el epigastrio".

Fué hasta 1,935 en que Marriot y Kekwick propusieron en el manejo de la hemorragia con transfusión sanguínea y líquidos parenterales ;en el mismo año Meulengracht propugnaba por el tratamiento con dieta antiácida y hierro.<sup>8</sup>

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico de la hemorragia, hasta el año de 1,922 la mayoría de los cirujanos compartían la opinión de que el riesgo de la hemorragia para la vida era menor que el de la cirugía de urgencia (Mikulicz, Balfour, Hurst). En 1,929 Gordon-Taylor publicaron la primera gran serie de casos operados con éxito.<sup>11</sup>

El empleo de la papilla de bario para detectar la fuente de sangrado, fué introducido en 1,937 por-

Hampton.

La Angiografía visceral selectiva se empezó a utilizar en 1963 .

El primer intento de endoscopia rígida se atribuye a Campbell, de Glasgow en 1848 , pero es hasta 1961 en que se introduce el fibroscopio por la ACMI- (American Cystoscope Manufacturing Incorporated), -- añadiendole un segundo canal Lopresti, para las compañías Olympus y Mashida.

## MATERIALES Y METODOS

Se analizaron todos los expedientes (233) de los-pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Sangrado de Tubo Digestivo Alto (S.T.D.A.) al Centro Médico la Raza que cuenta con un Hospital General y un Hospital de Especialidades en México, D.F. en el período comprendido de enero 86 a diciembre 88.

Los expedientes que se excluyeron fueron aquellos que estuvieron incompletos , los que tenían otros diagnósticos y que habían sido clasificados erróneamente, así como varios que no pudieron ser localizados.

Se evaluaron un total de 74 expedientes de acuerdo a los factores clínicos pronósticos descritos por Clason y cols. para la predicción de hemorragia masiva y/o mortalidad por S.T.D.A., siendo éstos : a) pacientes mayores de 60 años , b) hemoglobina (Hb) al ingreso menor de 8 gr.%, c) hematemesis como causa precipitante de la admisión y d) estigmas endoscópicos de hemorragia reciente en una úlcera gástrica o duodenal. Se considero como hemorragia masiva cuando : a) a pesar de la resucitación adecuada el paciente continuó con sangrado requiriendo transfusión y b) cuando después de un período sin evidencia de sangrado hubo vómito o aspiración nasogástrica de sangre fresca, evidencia de choque hipovolémico o anemia rápidamente progresiva.

Además se les estudió a los expedientes : edad,--

sexo, diagnóstico de ingreso, antecedente de sangrado-  
previo, enfermedades asociadas, tipo de sangrado al in-  
greso (hematemesis, melena o ambas), Hb al ingreso, --  
frecuencia cardíaca al ingreso , si hubo choque o hemo-  
rragia severa, paquetes globulares transfundidos, diag-  
nóstico endoscópico o por SEGD, ictericia, tratamiento  
médico o quirúrgico y mortalidad.

Se utilizó la Distribución de frecuencias por se-  
ries agrupadas por el rango del grupo de pacientes, --  
aplicando la regla de Sturges para obtener el número -  
de clases y también el intervalo de clase (I.C.). Tam-  
bién se obtuvieron las frecuencias relativas y absolu-  
tas de los datos .

Se aplicaron las pruebas de  $X^2$  a los factores clí-  
nicos pronósticos de Clason y cols. , y en aquellos en  
los que los valores esperados en una o más de las cel-  
das era inferior a 5 se aplico la Prueba exacta de Fi-  
sher, y en ésta , cuando el valor de la suma de expo-  
nenciales era muy grande, se utilizó la Prueba Bino-  
mial .

## RESULTADOS

Se analizaron en total 74 expedientes de pacientes con diagnóstico de Sangrado de Tubo Digestivo Alto (S.T.D.A.) a su ingreso, de los cuales 39 fueron del sexo masculino y 35 del sexo femenino, con un rango de edad de 8 a 87 años y una media de 54.78 años, siendo el promedio de edad en el sexo masculino de 51.43 años y en el femenino de 58.48 años .

En el cuadro 1 se anota una Distribución de frecuencias por series agrupadas, en la que se puede apreciar que las frecuencias absolutas mayores se encontraron entre la 6a. y 8a. décadas de la vida, encontrándose en 1er. lugar el intervalo de edad de 58 a 67 años con 19 casos (25.6%) seguido en frecuencia de los 68 a 77 años con 15 casos (20.2%).

En el cuadro 2 se anotan las 10 primeras causas de S.T.D.A. al ingreso , y entre las que destacan en 1er. lugar las vórices esofágicas , la úlcera Duodenal y la Gastritis Erosiva en 2o. y 3er. lugar respectivamente.

45 de los 74 casos tenían el antecedente de sangrado previo, y de éstos 11 tuvieron hemorragia masiva por coincidencia, 45 de los 74 casos tenían enfermedades asociadas (cuadro 3) predominando la Hipertensión Arterial con 11 casos, seguida por la U. Duodenal con 7 casos, Diabetes Mellitus con 6, Artritis Reumatoide-

con 6 , Enfermedad Articular Degenerativa con 4 casos, etc. y de éstos 45 casos , 10 tuvieron hemorragia masiva.

4 pacientes con Cirrosis Hepática tenían cirugía-  
previa por sangrado ( Esplenectomía, Billroth II, Deri-  
vación Porto-cava y Derivación Meso-cava + Warren ) --  
siendo éste último el que presentó hemorragia masiva y  
falleció.

2 de los 10 pacientes que al ingreso presentaron-  
hematemesis sola , tuvieron hemorragia masiva.

4 de los 27 pacientes que al ingreso presentaron -  
melena sola , tuvieron hemorragia masiva.

9 de los 37 pacientes que al ingreso presentaron-  
hematemesis + melena , tuvieron hemorragia masiva.

13 de los 29 pacientes que al ingreso presentaron  
Hb menor de 8 gr.%, tuvieron hemorragia masiva.

2 de los 43 pacientes que al ingreso presentaron-  
Hb mayor de 8 gr.%, tuvieron hemorragia masiva.

4 de los 41 pacientes que al ingreso presentaron-  
una frecuencia cardiaca menor de 100 latidos por minu-  
to , tuvieron hemorragia masiva.

11 de los 27 pacientes que al ingreso presentaron  
una frecuencia cardiaca mayor de 100 latidos por minu-  
to , tuvieron hemorragia masiva.

El choque se presentó en 9 pacientes y todos tu-  
vieron hemorragia masiva.

Ninguno de los 11 pacientes que requirieron una -



transfusión , presentaron hemorragia masiva.

9 de los 18 pacientes que requirieron 2 transfusiones , presentaron hemorragia masiva.

5 de los 7 pacientes que requirieron 3 transfusiones , presentaron hemorragia masiva.

1 de los 37 pacientes que requirieron solo manejo de soluciones sin transfusión, presentaron hemorragia masiva.

Se realizó endoscopia en 54 pacientes, de los cuales 11 presentaron estigmas de hemorragia reciente y de éstos 8 tuvieron hemorragia masiva.

En el cuadro 4 se anotan los 10 principales diagnósticos endoscópicos, en los que se puede apreciar en 1er. lugar a las várices esofágicas con 11 casos, seguidas por la úlcera Duodenal con 10 casos y la úlcera Gástrica con 9 casos.

A 3 pacientes se les realizó SEGID con diagnósticos de : Gastroduodenitis, Divertículos en esófago y duodeno y Hernia Hiatal.

El diagnóstico de ingreso se modificó en 25 pacientes ( 33.78 %) cuyos diagnósticos finales se anotan en el cuadro 5.

8 pacientes presentaron ictericia al ingreso y -- uno de ellos tuvo hemorragia masiva.

9 de los 52 pacientes que al ingreso se les administró cimetidina + Gel de OH de Al y Mg , tuvieron hemorragia masiva.

1 de los 8 pacientes que al ingreso se les administró cimetidina sola, tuvieron hemorragia masiva.

1 de los 2 pacientes que a su ingreso se les administró ranitidina, tuvieron hemorragia masiva.

3 de los 11 pacientes que a su ingreso no se les administró medicamentos, tuvieron hemorragia masiva.

El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo en 4 pacientes de urgencia : 1) Sutura de perforación + Parche de Graham por U. gástrica perforada, 2) Gastrectomía subtotal + Billoth II por U. gástrica activa , -- 3) Vagotomía troncular + Píloroplastia Heinecke Mickulicz por U. Duodenal activa y 4) Gastrotomía + Sutura de lesión por U. gástrica activa . A 5 de los 70 pacientes restantes, se les realizó posteriormente cirugía electiva: Warren (2) , Sugiura(1) por várices esofágicas; Vagotomía troncular + Píloroplastia Heinecke-Mickulicz(2) por U. Duodenal.

A 5 pacientes cirróticos se les manejó con Escleroterapia.

Solo se reportó una muerte en los 74 pacientes de nuestro estudio, y éste presentaba Cirrosis Hepática - con Hipertensión Portal G III con múltiples cirugías: derivativas ( Meso-cava, Esplenorrenal Distal ) y desvascularización y como causa de muerte hemólisis e inmunización por transfusión .

## DISCUSION

Al aplicar los 4 factores clínicos pronósticos de Clason y cols. para hemorragia masiva y / o mortalidad en nuestros pacientes con S.T.D.A. , encontramos : que la edad por si sola no resultó estadísticamente -- significativa con una  $p > 0.5$ , ya que a pesar de que se tomó como referencia una edad mayor de 50 años (y no de 60 años como se reporta en diferentes series)<sup>7</sup>, -- solo 8 pacientes de 48 mayores de 50 años presentaron hemorragia masiva, en comparación con 7 de 26 pacientes menores de 50 años que la presentaron .

La hematemesis sola al ingreso tampoco resultó estadísticamente significativa ( $p > 0.20$ ), ya que solo 2 de los 10 pacientes que la presentaron, tuvieron hemorragia masiva en comparación con 13 de 64 pacientes que no la presentaron como único dato al ingreso.

La hemoglobina menor de 8 gr.% al ingreso si resultó estadísticamente significativa con una  $p < 0.01$ , pues 13 de 29 pacientes que la tuvieron, presentaron hemorragia masiva , comparados con 2 de 43 pacientes con Hb mayor de 8 gr.% que tuvieron hemorragia masiva.

Los estigmas endoscópicos de hemorragia reciente si resultaron estadísticamente significativos con una  $p < 0.005$  pues 8 de 11 pacientes que los tuvieron, presentaron hemorragia masiva, comparados con 4 de 43 pacientes que no tuvieron estigmas al ingreso y que la -

## DISCUSION

Al aplicar los 4 factores clínicos pronósticos de Clason y cols. para hemorragia masiva y / o mortalidad en nuestros pacientes con S.T.D.A. , encontramos : que la edad por si sola no resultó estadísticamente -- significativa con una  $p > 0.5$ , ya que a pesar de que se tomó como referencia una edad mayor de 50 años (y no de 60 años como se reporta en diferentes series)<sup>7</sup>, -- solo 8 pacientes de 48 mayores de 50 años presentaron hemorragia masiva, en comparación con 7 de 26 pacientes menores de 50 años que la presentaron .

La hematemesis sola al ingreso tampoco resultó estadísticamente significativa ( $p > 0.20$ ), ya que solo 2 de los 10 pacientes que la presentaron, tuvieron hemorragia masiva en comparación con 13 de 64 pacientes -- que no la presentaron como único dato al ingreso.

La hemoglobina menor de 8 gr.% al ingreso si resultó estadísticamente significativa con una  $p < 0.01$ , pues 13 de 29 pacientes que la tuvieron, presentaron hemorragia masiva , comparados con 2 de 43 pacientes -- con Hb mayor de 8 gr.% que tuvieron hemorragia masiva.

Los estigmas endoscópicos de hemorragia reciente si resultaron estadísticamente significativos con una  $p < 0.005$  pues 8 de 11 pacientes que los tuvieron, presentaron hemorragia masiva, comparados con 4 de 43 pacientes que no tuvieron estigmas al ingreso y que la --

presentaron.

No hubo diferencias significativas en cuanto al - sexo , solo mínima preponderancia del sexo masculino - sobre el femenino 1.11 : 1 .que concuerda con repor- tes de la literatura de 1 : 1 y de 2 : 1.<sup>2,3,5,8.</sup>

En cuanto a los diagnósticos existe concordancia- con los estudios previos realizados en nuestra institu- ción por Gamboa y cols. , no así con otras series tan- to nacionales como extranjeras.<sup>3,4,5,6,7,8 y 9.</sup>

El diagnostico de ingreso se rectificó en el --- 33.78 % de los casos por endoscopia .

Es interesante hace notar que en nuestro estudio- el antecedente de sangrado previo estuvo presente en - 11 de 15 pacientes con hemorragia masiva , semejante e las enfermedades asociadas ( Hipertensión Arterial, Dia- betes Mellitus , U. Duodenal, A. Reumatoide, Enf. Arti- cular Degenerativa y otras) que se encontraron presen- tes en 10 de 15 pacientes con hemorragia masiva ; ade más la frecuencia cardiaca al ingreso también represen- to un dato importante, ya que 11 de los 15 pacientes - de nuestra serie tuvieron más de 100 latidos por minu- to, así como de los 9 pacientes que presentaron choque todos tuvieron hemorragia masiva.

Por lo tanto, el antecedente de sangrado previo,- las enfermedades asociadas, la asociación de hematemesis y melena , la frecuencia cardiaca mayor de 100 la- tidos por minuto y el estado de choque representan --

parámetros que podrían ayudar a detectar a los pacientes de alto riesgo de presentar hemorragia masiva según los resultados encontrados en nuestro estudio.

En relación a la administración de transfusiones sanguíneas , entre mayor número de éstas requirieron para mantener el estado hemodinámico , mayor fue el porcentaje de pacientes que presentaron hemorragia masiva, tanto es así que 5 de 7 pacientes que requirieron 3 paquetes globulares en las 1as. 24 hs., presentaron hemorragia masiva, lo que se correlaciona con los diferentes reportes de la literatura.<sup>1,3,7,8,21,22</sup>

En relación al manejo médico ,el hecho de que 9 de los 52 pacientes a los que se les manejo con cimetidina + Gel de OH de Al y Mg presentaran hemorragia masiva en comparación de 1 de los 8 que fueron manejados con cimetidina solamente que la presentaron, no implica necesariamente que se trate de un factor de prevención ,ya que no disponemos de datos suficientes para analizarlo.

En cuanto al tratamiento quirúrgico , este se realizó en 4 pacientes de urgencia , de los cuales 3 fueron por hemorragia masiva incohercible y 1 por grupo sanguíneo poco frecuente (AB) . A otros 5 pacientes se les realizó posteriormente cirugía electiva. 5 de los 15 pacientes con hemorragia masiva fueron manejados con Escleroterapia por várices esofágicas ; a 6 se les manejo conservadoramente y 1 falleció por hemólisis e isoimmunización por transfusión, lo que no tradujo

ce el porcentaje reportado en la literatura del 10% de mortalidad,<sup>17,18,23,24</sup> que se podría explicar de la siguiente manera : porque nuestro hospital es de concentración y los pacientes al controlarse se egresan - pero pueden presentar sangrado en su domicilio, acudir a su hospital General de Zona y fallecer ahí por hemorragia masiva ya que no existe un seguimiento de los mismos . Aunque no podemos inferir a partir de estas cifras de mortalidad (1.35%) , se puede apreciar que el paciente que falleció tenía más de 50 años , antecedentes de sangrado previo , enfermedad asociada (HAS),- hematemesis y melena , Hb menor de 8 gr.% , frecuencia cardiaca de más de 100 latidos x minuto, choque y por último hemorragia masiva.

## CONCLUSIONES

La hemoglobina menor de 8 gr.% y los estigmas en oscópicos de hemorragia reciente si resultaron estadísticamente significativos en nuestro estudio .

No se demostró que la edad mayor de 60 años y la hematemesis sola al ingreso fueran estadísticamente -- significativos .

Encontramos que el antecedente de sangrado previo así como las enfermedades asociadas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, U. Duodenal, Artritis Reumatoide, Enfermedad Articular Degenerativa y otras), la asociación de hematemesis y melena , la frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos x min., son datos que nos - pueden servir en nuestros pacientes como parámetros - para detectar a aquellos pacientes de alto riesgo para presentar hemorragia masiva y/o mortalidad por S.T.D.A.

Por lo anterior los criterios pronósticos de Clason y cols. para hemorragia masiva y/o mortalidad por S.T.D.A. son aplicables en nuestro medio con las modificaciones mencionadas.



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Cuadro 1. Distribución de frecuencias por series -  
agrupadas por edades en 74 pacientes.

INTERVALO DE CLASE	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS(%)
8 - 17	2	2.7
18 - 27	7	9.4
28 - 37	7	9.4
38 - 47	8	10.8
48 - 57	10	13.5
58 - 67	19	25.6
68 - 77	15	20.2
78 - 87	6	8.1
TOTAL	74	100.0

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Cuadro 2. Diagnósticos de ingreso de 74 casos.

DIAGNOSTICO	NO.DE CASOS	% DEL TOTAL
Várices esofágicas	14	18.9
Úlcera duodenal	12	16.3
Gastritis erosiva	11	14.9
Úlcera gástrica	9	12.1
Hernia Hiatal	5	6.7
S. Mallory Weiss	3	4.0
Gastroduodenitis	2	2.7
Esófago de Barret	2	2.7
Angiodisplasia	2	2.7
Cáncer gástrico	2	2.7
Otros	12	16.3
TOTAL	74	100.0

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Cuadro 3. Enfermedades asociadas en 74 casos.

ENFERMEDAD ASOCIADA	No. DE CASOS	% DEL TOTAL
Hipertensión Arterial	11	14.9
Úlcera duodenal	7	9.4
Diabetes Mellitus	6	8.1
Artritis Reumatoide	6	8.1
Enf. Articular Degenerativa	4	5.4
Otras	11	14.9
SIN ENF. ASOCIADA	29	39.2
TOTAL	74	100.0

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Cuadro 4. Diagnósticos endoscópicos en 54 casos.\*

DIAGNOSTICO	No. DE DIAGNOSTICOS	% DEL TOTAL
Várices esofágicas	11	14.6
Úlcera duodenal	10	13.2
Úlcera gástrica	9	11.9
Gastritis erosiva	8	10.5
Hernia Hiatal	8	10.5
Esofagitis	7	9.2
Gastritis crónica	4	5.2
Gastroduodenitis	4	5.2
Normal	3	3.9
Divertículo duodenal	2	2.6
Otros	10	13.2
TOTAL	76	100.0

\* Solo se realizó estudio endoscópico a 54 de los 74 pacientes, realizándose 76 diagnósticos.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Cuadro 5. Diagnósticos de ingreso rectificadas por endoscopia en 25 de los 74 pacientes (33.78%).

DX. DE INGRESO	DX. RECTIFICADO
S.T.D.A. . . . .	Várices esofágicas Ulcera duodenal Ulcera gástrica Várices esofágicas
Gastritis erosiva . . . . .	Gastroduodenitis Ulcera duodenal Gastritis atrófica
Várices esofágicas . . . . .	Gastroduodenitis Ulcera gástrica Gastritis aguda
Ulcera duodenal . . . . .	Ulcera gástrica Gastritis aguda
Ulcera gástrica . . . . .	Diverticulo duodenal Esofagitis
Hernia Hiatal . . . . .	Várices esofágicas Esofagitis
Angiodisplasia . . . . .	Normal Normal
S. M allory Weiss . . . . .	Hernia Hiatal
Gastritis . . . . .	Normal
Cáncer gástrico . . . . .	Ulcera duodenal
Ulceras de stress. . . . .	Esofagitis (2)
Esofagitis . . . . .	Hernia Hiatal Ulceras gástricas agudas.

BIBLIOGRAFIA

1. Villalobos, P.J.: Gastroenterología, vol. 2, págs.- 763-87. Ed. Méndez Oteo, 1982.
2. Dykes, P.W.: Hemorragia Digestiva, diagnóstico y -- tratamiento. Págs. 3-241. Ed. DOYMA. 1983.
3. Gamboa, A.F., et al.: Sangrado del Aparato Digestivo Estudio prospectivo en el H.E.C.M.R. Págs. 1-33.1982.
4. Palmer, E.: The vigorous diagnostic approach to upper gastrointestinal tract hemorrhage. JAMA. 207: 1377, 1969.
5. Protell, et al.: Severe Upper Gastrointestinal Bleeding. Clinics in Gastroenterology. 10:17-64, 1981
6. Sleisenger, M.H.: Gastrointestinal Disease. Págs -- 1310-32. Ed. Saunders, 1978.
7. Dombal, F.T., et al.: Prognostic Factors in Upper G. I. Bleeding. Endoscopy 18;2:6-10, 1986.
8. Gutiérrez, S.C.: Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. Págs. 87-100 y 117-21. Ed. El Manual Moderno, 1988.

9. Hernández, R.F.: Morbimortalidad de las diferentes técnicas quirúrgicas en el S.T.D.A. Estudio retrospectivo en el H.E.C.M.R. Págs. 1-20, 1985.
10. Pingleton, S.K.: Hemorragia en vías gastrointestinales. Clin. Med. N.A. 17 (6):1215-31, 1983.
11. Clason, A.E., et al.: Clinic factors in the prediction from mortality or further hemorrhage from --- upper gastrointestinal hemorrhage. Br. J. Surg. 73-(12):985-8, 1986.
12. Berg. Bockus: Gastroenterology. Págs. 65-90. Ed. -- Saunders. 1985.
13. Sabiston, D.C.: Tratado de Patología Quirúrgica. -- Págs. 879-940. Ed. Interamericana. 1985.
14. Booker, J.A., et al.: Prognostic factors for continued or rebleeding and death from gastrointestinal-haemorrhage in the elderly. Age Ageing. 16(4):208-14, 1987.
15. Provenzale, D., et al.: Development of a scoring -- system to predict mortality from upper gastrointestinal bleeding. Am. J. Med. Sci. 294(1):26-32, 1987.

16. Murray, W.R., et al.: Special Units for acute upper gastrointestinal bleeding. Br. Med. J. 295(6589): - 51-2, 1987.
17. Pimpl, W., et al.: Estimation of the mortality rate of patients with severe gastroduodenal hemorrhage - with the aid of a new scoring system. Endoscopy. 19 (3):101-6, 1987.
18. Eaves, E.R., et al.: Upper gastrointestinal haemorrhage. Med. J. Aust. 144(3):227-8, 1986.
19. Larson, G., et al.: Upper gastrointestinal bleeding: predictors of outcome. Surgery. 100(4):765-73, 1986.
20. Ushita, Y., et al.: What are the signs of recent he morrhage, and what do they mean ? Criteria for massive bleeding. Endoscopy. 18 (suppl.2):11-4, 1986.
21. Blair, S.D., et al.: Effect of early blood transfusion on gastrointestinal haemorrhage. Br. J. Surg. - 73;10:783-6, 1986.
22. Hunt, et al.: Upper Gastrointestinal Haemorrhage :- prognostic factors. Med. J. Aust. 2:552-5, 1983.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 29 -

23. Schiller, K.F., et al.: Hematemesis and melena, with special reference to factors influencing the outcome. Br.Med. J. 2:7-14, 1970.

24. Silverstein, F.E., et al.: The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: Clinical prognostic factors. Gastrointest. Endosc. 27:73-93, 1981.